

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

DIPLOMSKA NALOGA

Izola, september 2011

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

**VLOGA PATRONAŽNE MEDICINSKE SESTRE PRI
OBRAVNAVI PACIENTKE S POPORODNO
DEPRESIJO – ŠTUDIJA PRIMERA**

**THE ROLE OF FAMILY NURSE IN THE TREATMENT OF A
PATIENT WITH POSTPARTUM DEPRESSION – CASE STUDY**

Študentka: INGRID GLAŽAR

Mentor: mag. TAMARA ŠTEMBERGER KOLNIK

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI
PROGRAM**

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Izola, september 2011

KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
1.1	Nosečnost, porod in poporodno obdobje	2
1.1.1	Nosečnost.....	2
1.1.2	Porod.....	3
1.1.3	Poporodno obdobje	4
1.2	Poporodne duševne motnje	4
1.2.1	Poporodna otožnost.....	5
1.2.2	Poporodna depresija.....	5
1.2.3	Posttravmatski stresni sindrom po porodu.....	6
1.2.4	Poporodna psihoza	7
1.3	Poporodna depresija	7
1.3.1	Zgodovina poporodne depresije.....	8
1.3.2	Poporodna depresija v različnih kulturah	10
1.3.3	Etiologija poporodne depresije	10
1.3.4	Zdravljenje poporodne depresije	15
1.3.5	Vpliv poporodne depresije na razvoj otroka in družino.....	17
1.4	Patronažno varstvo	18
1.4.1	Dejavnosti patronažnega varstva	18
1.4.2	Patronažna zdravstvena nega	19
1.4.3	Proces patronažne zdravstvene nege.....	20
1.4.4	Vloga patronažne medicinske sestre pri duševni motnji.....	25
2	NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA.....	27
3	MATERIALI IN METODE DE LA.....	27
3.1	Potek dela pri zbiranju podatkov.....	28
4	REZULTATI	29
4.1	Anamneza.....	29
4.1.1	Podatki o poteku nosečnosti.....	29
4.1.2	Podatki o poteku poroda	30
4.1.3	Podatki o poporodnem obdobju.....	30
4.2	Proces patronažne zdravstvene nege pacientke s poporodno depresijo	30
4.3	Ugotavljanje negovalnih problemov pri pacientki s poporodno depresijo	31

4.4	Ocena stanja po življenjskih aktivnosti Virginie Henderson	31
4.4.1	Normalno dihanje	31
4.4.2	Ustrezno prehranjevanje in pitje	31
4.4.3	Izločanje telesnih izločkov.....	31
4.4.4	Gibanje in zavzemanje zelenega položaja	32
4.4.5	Spanje in počitek.....	32
4.4.6	Izbira ustreznih oblačil, oblačenje in slačenje	32
4.4.7	Vzdrževanje normalne telesne temperature s primernim oblačenjem in prilagajanjem okolja	32
4.4.8	Vzdrževanje telesne čistoče in urejenosti	32
4.4.9	Izogibanje nevarnostim v okolju in preprečevanje ogrožanja drugih.....	33
4.4.10	Komunikacija z drugimi – izražanje čustev, potreb in mnenj	33
4.4.11	Verovanje glede na osebno prepričanje	34
4.4.12	Opravljanje dela, ki nudi zadovoljstvo in uspeh.....	34
4.4.13	Igranje in vključevanje v različne oblike rekreacije	34
4.4.14	Učenje, odkrivanje novega, kar vodi v normalen razvoj in zdravje	34
4.5	Ocena sposobnosti samooskrbe po teoretičnem modelu Dorothee E. Orem	35
4.5.1	Splošna samooskrba.....	35
4.5.2	Razvojna samooskrba	35
4.5.3	Odkloni od zdravja.....	35
4.5.4	Sistem zdravstvene nege.....	36
4.6	Ugotavljanje potreb po patronažni zdravstveni negi (PES)	36
4.7	Postavitev negovalnih diagnoz, načrtovanje, izvajanje in vrednotenje.....	38
4.8	Zaključna evalvacija patronažne zdravstvene nege	45
4.8.1	Ocena samostojnosti pri izvajanju življenjskih aktivnosti.....	46
4.8.2	Ocena sposobnosti samooskrbe	46
4.9	Ugotovitve analize študije primera pacientke s poporodno depresijo.....	48
5	RAZPRAVA.....	50
6	ZAKLJUČEK.....	54
7	SEZNAM LITERATURE	55

KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: Dejavniki tveganja za nastanek potravmatske stresne motnje po porodu	6
Preglednica 2: Zgodovinski oris spoznavanja poporodnih duševnih motenj	9
Preglednica 3: Primerjava teoretičnih modelov Verginije Henderson in Dorothee E. Orem...	24
Preglednica 4: Ugotavljanje potreb po patronažni zdravstveni negi (PES).....	36
Preglednica 5: Negovalna diagnoza: Neuravnotežena prehrana, manj kot telo potrebuje	38
Preglednica 6: Negovalna diagnoza: Spanje, motnje spanja	39
Preglednica 7: Negovalna diagnoza: Obstipacija	40
Preglednica 8: Negovalna diagnoza: Samospoštovanje, nizko zaradi določene situacije	41
Preglednica 9: Negovalna diagnoza: Utrujenost.....	42
Preglednica 10: Negovalna diagnoza: Zmanjšana zmožnost dojenja	43
Preglednica 11: Negovalna diagnoza: Družina, neurejeni medsebojni odnosi.....	44

KAZALO SLIK

Slika 1: Edinburški vprašalnik	15
--------------------------------------	----

POVZETEK IN KLJUČNE BESEDE

Poporodna depresija je najpogostejša poporodna duševna motnja. Za njo oboleva od 10 do 20 % žensk po porodu. Ocenjuje se, da kar 50 % poporodnih depresij ostane neodkritih. Nezdravljena poporodna depresija ima dolgoročne posledice za obolelo mater, razvoj otroka in družino. Patronažna medicinska sestra ima široko znanje in strokovno usposobljenost, ki ji omogočajo odkrivanje in ustrezno obravnavo ženske s poporodno depresijo. Profesionalno obravnavo ženske s poporodno depresijo doseže z vzpostavitvijo terapijskega odnosa, z uporabo procesa zdravstvene nege in timskim delom v zdravstvenem in multidisciplinarnem timu.

Cilj diplomske naloge je predstaviti negovalne probleme in potrebe glede na simptome poporodne depresije po teoretičnem modelu Virginie Henderson in štirinajstih življenjskih aktivnostih ter ugotoviti pomen individualne in celostne obravnave pacientke s poporodno depresijo. Pri samooskrbi pa bo uporabljen teoretični model Dorothee E. Orem. Namen diplomske naloge je ugotoviti, kako patronažna medicinska sestra s celostnim pristopom in ustrezno metodo dela vpliva na možnost preprečevanja, odkrivanja in obravnave poporodne depresije. Izvedli smo študijo primera, podatke smo pridobivali s pomočjo intervjuja, z opazovanjem in na podlagi negovalne dokumentacije. Ugotovili smo, da uporaba modela samooskrbe pri pacientki s poporodno depresijo pomembno vpliva na večjo samostojnost pri izvajanju življenjskih aktivnosti in krepitvi duševnega zdravja.

Ključne besede: poporodna duševna motnja, poporodna depresija, patronažna medicinska sestra, proces zdravstvene nege

ABSTRACT AND KEY WORDS

Postpartum depression is one of the most frequent postnatal mood disorders, affecting 10-20% of women after giving birth. It has been estimated that approximately 50% of the postpartum depression cases have not been diagnosed i.e. the symptoms have been overlooked. A neglected and untreated depression has long term consequences for the affected mother, the development of the child, and, certainly, influences her family. Family nurse have substantial knowledge and expert training which enable early diagnosis of the postpartum depression and its adequate treatment. Professional treatment of an affected mother can be rendered by creating a therapeutic environment, providing proper healthcare withing a multidisciplinary team of the health professionals.

The aim of this thesis is presenting the nursing needs and problems regarding the symptoms of the postpartum depression according to Virginia Henderson's fourteen basic human needs teoretical model, and understanding the importance of an individual and thorough treatment of a postpartum depression affected patient. However, in the cases of self treatment, Dorothea E. Orem's teoretical model is applied. The thesis, also, tends to help understanding how the family nurse comprehensive and methodological approach influences the possibility of the postpartum depression prevention, diagnosis and treatment. After a careful studying the postpartum depression examples, gathering information through interviews, monitoring and examining documentations, its has been clear that the self treatment model implementation in the cases of postpartum depression significantly increases the patient's independence in dealing with the emerging situations and regaining her mental health.

Keywords: post natal mood disorder, postpartum depression, family nurse, healthcare proces.

1 UVOD

Spočetje otroka je razburljiv in pomemben korak v življenju vsake ženske. Postati mati je biološki proces, pa tudi socialna preobrazba, saj gre za eno najkorenitejših sprememb, ki jih ženska v svojem življenju sploh doživi. Ženske so v poporodnem obdobju izpostavljene številnim stresnim dejavnikom in spremembam na biološkem, psihološkem in socialnem področju. Ženske v vsakodnevnem življenju združujejo materinsko, skrbstveno in gospodinjsko vlogo (1).

Poporodno obdobje je lahko za žensko zelo naporno zaradi združevanja vseh teh vlog in številnih dejavnikov, kot so socialna podpora, socialno-ekonomski status, nenačrtovana in nezaželena nosečnost, negativni življenjski dogodki, zdravstveni problemi v nosečnosti ter obporodni zapleti. Vsi ti dejavniki lahko povzročijo spremembe na področju duševnega zdravja žensk, ki se v nosečnosti in po porodu kažejo kot duševne motnje. Poporodne duševne motnje se kažejo kot poporodna otožnost, poporodna depresija, poporodna psihoza in postravmatski stresni sindrom po porodu (2).

Poporodna depresija prizadene 10–15 % žensk po porodu. Je eden najpogostejših zapletov poporodnega obdobja. Nezdravljena poporodna depresija ima dolgoročne posledice za obolelo mater, razvoj otroka in družine. Pri premagovanju in preprečevanju duševnih stisk je pomembna podpora najbližjih, partnerja in družine. Bistveno vlogo pri odkrivanju morebitnih duševnih stisk žensk po porodu imajo patronažne medicinske sestre, ki prve obiščejo otročnico, novorojenčka in njeno družino na domu. Patronažna medicinska sestra ima široko znanje in strokovne sposobnosti, ki ji omogočajo zgodnje odkrivanje in ustrezno obravnavo ženske s poporodno depresijo (3, 4).

Patronažna medicinska sestra je izvajalka patronažnega varstva, ki je posebna oblika zdravstvenega varstva ta zajema aktivno zdravstveno varstvo in socialno varstvo posameznika, družine in lokalne skupnosti. Patronažna zdravstvena nega nosečnice, otročnice in novorojenčka zajema izvajanje vseh nalog polivalentne patronažne dejavnosti in izvajanje splošnih, specifičnih in individualnih nalog patronažne zdravstvene nege nosečnice, otročnice in novorojenčka (5).

Patronažna zdravstvena nega ženske s poporodno depresijo se izvaja po procesni metodi dela in obravnava žensko celostno, ob individualnem pristopu ter s poudarkom na zdravstvenem vzgojnem delu. S profesionalno komunikacijo si patronažna medicinska sestra olajša vzpostavitev tvornega odnosa z žensko in njeno družino (6).

Pri pregledu literature ugotavljamo porast poporodne depresije, s katero se soočajo patronažne medicinske sestre na terenu. Ugotoviti želimo, ali lahko patronažna medicinska sestra s pravilnim pristopom in ustrezno procesno metodo dela vpliva na zgodnje odkrivanje in obravnavo pacientke s poporodno depresijo.

Na podlagi tega smo si postavili raziskovalno vprašanje:

- Kako lahko patronažne medicinske sestre s procesno metodo zdravstvene nege vplivajo na izboljšanje kakovosti obravnave pacientke s poporodno depresijo?
- Kako patronažna medicinska sestra izboljša obravnavo pacientke s poporodno depresijo ob uporabi teorije Virginie Henderson in modela Dorothee E. Orem?

Izvedli smo kvalitativno študijo primera pacientke s poporodno depresijo v domačem okolju. Podatki so bili uporabljeni v namen raziskave in upoštevana so bila etična načela s soglasjem vseh vključenih v raziskavo.

1.1 Nosečnost, porod in poporodno obdobje

Nekateri življenjski dogodki vplivajo na tok posameznikovega življenja in mu lahko korenito spremenijo potek življenja. Med te pomembne dogodke sodita nosečnost in rojstvo otroka, ki vplivata na duševno zdravje ženske. Kako ženska doživlja in se sooča z novo spremembo v življenju, je odvisno od njenih osebnih življenjskih izkušenj in psihofizičnega stanja.

1.1.1 Nosečnost

Nosečnost kot kompleksen fenomen vključuje ne samo telesne in fiziološke spremembe, temveč subtilnejše spremembe v psihosocialnem delovanju nosečnice. Spremljevalci nosečnosti so spremembe v razpoloženju, čustvovanju, spremenijo se telesna podoba in seveda tudi vloga in položaj ženske. To je tudi obdobje, na katerega so vezani strahovi. V

prvem tromesečju je značilen strah, ali bo otrok zdrav, pojavljajo se vprašanja o sposobnosti biti mama in socialne dileme pri skrbi za otroka. V zadnjem tromesečju se pojavi strah pred bolečino, porodom in možnimi zapleti poroda (7).

Skočirjeva (2) pravi, da je »nosečnost težko pričakovan in pomemben dogodek, je velika prelomnica v življenju ženske. Zahteva mnoga prilagajanja in pomeni izziv ne zgolj na fizični ravni, temveč predvsem na psihični in duhovni.«

Ličen (8) nosečnost predstavlja kot posebno stanje za žensko, ki predstavlja eno najglobljih želja za žensko: »Nosečnost ženski pomaga pri njeni identifikaciji, pri sprejemanju ženske vloge, pri oblikovanju njene samopodobe. Predvsem skozi prvo nosečnost se oblikuje materinski čut. V tem procesu pride do separacije od lastne matere in procesa individualizacije. Lastna mati je za nosečnico vzor, po njej se zgleduje v svoji materinski vlogi in odnosu do otroka.«

Kako se ženska odzove na nosečnost in materinstvo, je odvisno od okoliščin ter njene psihične strukture in njenih dotedanjih izkušenj v odnosih (9).

1.1.2 Porod

Premru-Sršen (10) je opisal porod kot naraven zaključek nosečnosti, ki naj bi se končal z rojstvom zdravega novorojenčka zdravi in zadovoljni materi. V zadnjih desetletjih se je porod zaradi preprečevanja usodnih zapletov pri materi in/ali plodu medikaliziral.

Kent (11) je mnenja, da ima porod izjemen, temeljni vpliv na življenje žensk, njihovih otrok in družin. Je preplet naravnega dogajanja, kulturnih praks, psihičnih in socialnih dejavnikov.

Drglinova (12) pravi, da je porod posebna prelomnica, ki pri ženski povzroči spremembo življenjskega sloga in osebno rast, za nekatere ima duhoven značaj in ga doživijo kot močan ustvarjalen akt.

Porod žensko izčrpa, tako fizično kot tudi psihično. Večino žensk kljub vsem pripravam na porod ne ve, kaj lahko pričakuje, zato je z aktom poroda vedno povezan tudi občutek tesnobe in strahu. Slaba obporodna izkušnja je močno povezana z razvojem depresije po porodu (13).

1.1.3 Poporodno obdobje

Obdobje od poroda do izginotja anatomskih in fizioloških sprememb nosečnosti imenujemo puerperij. Traja šest tednov, čeprav nekateri znaki nosečnosti izginejo prej, nekateri pozneje, nekateri pa ostanejo vse življenje. V tem času se vzpostavi dojenje in začne se spletati tesna vez med materjo in otrokom. To je obdobje velikih telesnih, socialnih in čustvenih sprememb, v katerem je ženska še posebej občutljiva in zato deležna posebne obporodne skrbi.

Poporodno obdobje je obdobje fizične in psihične ranljivosti, v katerem se ženska navaja na novo življenjsko vlogo, to je vlogo materinstva, in pri tem največkrat potrebuje pomoč (14).

Prvi meseci po porodu predstavljajo predvsem za matere veliko obremenitev, saj okrevajo po porodu, prevzamejo skrb za novorojenčka, pogosto jim primanjkuje spanca in se nasploh prilagajajo na rutino v spremenjeni družini. Psihična nestabilnost je normalna za čas prilagajanja na velike življenjske spremembe. Obstaja pa vedno več dokazov, da je lahko rojstvo otroka tudi vzrok za težave v duševnem zdravju. Najpogostejše duševne motnje v zvezi s poporodnim obdobjem so poporodna otožnost, poporodna depresija, posttravmatski stresni sindrom po porodu in poporodna psihoza (15).

Poporodne duševne motnje so še posebej pogoste pri ženskah, ki so že kdaj v življenju doživele epizodo resne duševne bolezni, bodisi po porodu ali v katerem koli drugem času, ne glede na to, če v nosečnosti niso imele težav in je od epizode duševne bolezni minilo že več let. V tej skupini žensk naj bi se težave po porodu pojavile vsaj pri vsaki drugi ženski (16).

1.2 Poporodne duševne motnje

Definicija duševnih motenj, ki jo navajata Tomori in Zihrl (17) se glasi: *»Duševne motnje so manifestacije bolezensko spremenjenih vedenjskih, psiholoških ali bioloških funkcij posameznika. Prizadenejo zdravje in funkcioniranje obolelega, njegovo ožjo in širšo okolico in predstavljajo veliko breme za celotno družbo.«*

1.2.1 Poporodna otožnost

Imenovana tudi »baby blues« je kratkotrajna epizoda nihajočega razpoloženja po porodu (18). Pri osmih od desetih žensk se po porodu pojavi poporodna otožnost (večina žensk ve za poporodno otožnost, ki je tako običajna, da je videti kot skoraj normalen rezultat poroda, pojavi se pri 50–70 % žensk po porodu). Otožnost pripisujejo nenadnim hormonskim spremembam po porodu. Nekateri jo povezujejo z odzivom na naporno obdobje prevzemanja materinskih nalog in s prihodom iz porodnišnice domov. Po navadi se pojavi tretji, četrti in peti dan po porodu, traja morda nekaj ur do nekaj dni, morda dva tedna. Značilne so nenadne spremembe razpoloženja, hitro planjenje v jok, tesnoba, razdražljivost, ranljivost, težave s spanjem, zmanjšan apetit, ženska je lahko pretirano dejavna ali čisto brez energije. Počutje se izboljša samo od sebe po približno dveh tednih. Kadar traja dalje, lahko otožnost dobi značilnosti poporodne depresije, zato je pomembno, da se znakov ne zanemari. Ženskam, ki zanjo trpijo, je potrebno omogočiti podporo (pomoč partnerja, družine, poporodne doule). Ženski pomaga že skrb zase – nekdo naj prevzame skrb za novorojenčka, medtem ko gre ženska na krajši sprehod, si privošči sproščujočo uro počitka, mirno okolje, branje dobre knjige itd. Poporodne otožnosti ne štejemo med bolezni. Zdravljenje z zdravili ni potrebno (19, 20). Zelo pomembno pa je spremljanje ženske s poporodno otožnostjo, ker je ugotovljeno, da kar 20 % žensk s to motnjo lahko zbolijo za poporodno depresijo (21).

1.2.2 Poporodna depresija

Glavna značilnost poporodne depresije je, da ne prizadene samo ženske, ampak celotno družino (22). Po porodu najmanj ena ali dve ženski od desetih postaneta depresivni in/ali tesnobni. Prizadene približno 10–15 % žensk. Ocenjuje se, da v Sloveniji vsako leto zaradi hujše depresivnosti in/ali tesnobe po porodu trpi od 2.000 do 4.000 žensk (19). Koprivnik in Plemenitaš (23) pa sta s svojo raziskavo ugotovili, da je pojavnost poporodne depresije v Sloveniji 21,3 %.

Poporodna depresija se lahko pojavi v treh stopnjah. Blage in zmerne poporodne depresije pogosto nihče niti ne opazi, saj njene znake pripisujejo dejstvu, da se mora mati prilagoditi novim obveznostim materinstva. Huda poporodna depresija pa prizadene maloštevilne ženske, nastopi v prvih dveh tednih po otrokovem rojstvu (24).

1.2.3 Posttravmatski stresni sindrom po porodu

Ocene o posttravmatskem sindromu (PSM) po porodu, včasih imenovanem tudi porodna travma, so precej neenotne, avtorji navajajo različne podatke. Beck in Driscoll (25) trdita, da je pogostost sindroma med 1,5 in 6 % po porodu. Slade (26) pa pravi, da pogostost sindroma upada s časom od poroda in je šest mesecev po porodu okoli 1,5 %.

Posttravmatski stresni sindrom po porodu je tudi napovedni dejavnik poporodne depresije. Dejavnike tveganja za nastanek posttravmatskega stresnega sindroma predstavljamo v Preglednici 1.

Preglednica 1: Dejavniki tveganja za nastanek posttravmatske stresne motnje po porodu (27)

PORODNIŠKO SPECIFIČNI DEJAVNIKI TVEGANJA ZA NASTANEK PSM	PORODNIŠKO NESPECIFIČNI DEJAVNIKI TVEGANJA ZA NASTANEK PSM
Pomembnejši dejavniki tveganja:	predhodna psihiatrična/psihološka obravnava in anamneza psihičnih težav
porodni zapleti: mrtvorojenost, spontani splav, prezgodnji porod in smrt otroka v perinatalnem obdobju, nujni carski rez	predhodna spolna travma dojemanje nizke stopnje podpore s strani partnerja, socialnega okolja in osebja
vaginalni porod, končan z izhodno porodniško operacijo: vakuumska ekstrakcija, forceps, nuliparnost	negativna ocenitev in obtoževanje zdrav.osebja za težave med porodom, prepričanje o nezadostni medporodni oskrbi
sprožitev poroda	nagnjenost k pretirani zaskrbljenosti
tvegana nosečnost	občutek izgube nadzora nad porodom
nezadostna poporodna analgezija	premajhna stopnja informiranosti, slabša sposobnost prilagajanja na celostne spremembe v povezavi s porodom in rojstvom otroka

Značilno je podoživljanje posameznih delov poroda, nočne more, tesnoba, hud strah, pretirana skrb zase in/ali za otroka, pretirana podredljivost in občutki hude ranljivosti, nemoč, groza, panični napadi, napadi joka, jeza, čustvena neobčutljivost, občutek izgube, pomanjkanje zaupanja vase in materinske sposobnosti, težave pri povezovanju z otrokom (19).

Primarna preventiva temelji na realnem informiranju nosečnic o načinu in poteku poroda in rojstva, predvsem pa na razlagi določenih porodniških posegov in njenih koristi in morebitnih stranskih učinkov. Sekundarna preventiva temelji na aktivnem presejanju žensk glede izrazitih stresnih travmatskih odgovorov po porodu in razbremenilni pogovor »debriefing« o doživetem travmatičnem dogodku. Če se stiska stopnjuje, je ustrezna psihoterapija, udeležba v skupine s strokovnim vodstvom in po potrebi medikamentozna terapija (28).

1.2.4 Poporodna psihoza

V literaturi je, kot najbolj resna duševna bolezen po rojstvu otroka opisana prav poporodna psihoza. Psihiatri jo imenujejo urgentna psihiatrična bolezen. Ženska lahko kaže simptome psihoze dan ali drugi dan po rojstvu otroka (29).

Poporodna psihoza je redka, pojavi se pri 0,1 % žensk po porodu, nekateri strokovnjaki ocenjujejo, da je nekaj pogostejša, morda v 0,2 %. Ocenjujejo, da v Sloveniji to hudo stisko izkusi od dvajset do štirideset žensk na leto. Po navadi se pojavi med tretjim in štirinajstim dnem po porodu, lahko pa tudi pozneje. Je bolj nenadna in očitna kot poporodna depresija. Simptomatika je zelo pestra, podobna akutnim in predhodnim psihotičnim motnjam, shizofreniformnim, maniformnim, depresivnim psihozam, shizoafektivni psihozi. Značilni so izguba stika z resničnostjo (neskladnost mišljenja in vedenja z resničnostjo, posameznica lahko vidi, sliši ali čuti stvari, ki ne obstajajo, ima privide ali preganjavico), nerazumljiva in zmedena govorica, pretirano dobro razpoloženje, vznemirjenost, pretirano nezaupanje in neutemeljen strah zase ali za otroka. Pri tej motnji je velika nevarnost samomora in razširjenega samomora. Poporodna psihoza je bolezen in zahteva takojšnje zdravljenje. Nujno je potrebno, da ženska poišče strokovno pomoč. Zdravljenje je učinkovito (19).

1.3 Poporodna depresija

Poporodna depresija je najpogostejša poporodna duševna motnja. Specifična definicija poporodne depresije ne obstaja. Po Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) so merila za postavitev diagnoze depresije anhedonija in depresivno razpoloženje ter najmanj štirje od naštetih dodatnih simptomov, ki trajajo najmanj dva tedna: motnje

spanja, zmanjšanje interesa, utrujenost, zmanjšanje zmožnosti koncentracije, sprememba teka, občutki krivde, psihomotorna zavrtost, samomorilna razmišljanja (3).

Poporodna depresija je klinično podobna depresiji v drugih življenjskih obdobjih in okoliščinah. Prav poporodno obdobje pa je najbolj zapleteno obdobje za žensko (23). Za ta čas izstopajo nekateri stresni dejavniki: skrb za otroka, dvomi o učinkovitosti starševske vloge, težave s partnerjem in pomanjkanje podpore v družini (30).

Sama opredelitev poporodnega obdobja se tudi v literaturi razlikuje. DSM IV določa, da se morajo simptomi poporodne depresije začeti v obdobju štirih tednov po porodu. Večina avtorjev navaja obdobje prvih šestih tednov po porodu, nekateri pa so mnenja, da je poporodno obdobje čas prvih šestih mesecev ali celo dveh let po porodu. Nekateri avtorji trdijo, da imajo ženske povečano tveganje za depresijo eno leto po porodu (23).

Pogostost poporodne depresije po svetu je med 3 do 33 %, najpogosteje med 10 do 15 %, odvisno je od uporabljenih metod in diagnostičnih kriterijev. Ocenjuje se, da kar 50 % poporodnih depresij ostane neodkritih (14). Po mnenju Hrovat-Kuhar (18) jo občuti cca 10 do 20 % žensk po porodu. Scott Ricci (22) pa je ugotovila, da poporodno depresijo občuti več kot 20 % žensk, cca 500.000 pa zanjo v ZDA zboli vsako leto, in približno polovica od teh žensk ne dobi ustreznega duševnega zdravljenja.

Medicinske definicije poporodne depresije so: nevrotična depresivna motnja, puerperalna nevroza, poporodna nepsihotična depresija ali atipična depresija.

1.3.1 Zgodovina poporodne depresije

Prvi opisi segajo v Antiko, ko je že Hipokrat prvič opisal primer poporodne motnje. Hipokrat je povezal tako imenovane histerične simptome z maternico (gr. hystera), ki da pri histeriji potuje po telesu ženske in se zatika zdaj tu zdaj tam ter povzroča težave (31). V srednjem veku so bili prepričani, da je vzrok poporodne depresije v tem, da je žensko obsedel demon. V protestantizmu so veljala religiozna prepričanja, in sicer, da sta nosečnost, boleč porod in materinstvo izvirni greh, duševna zmedenost po porodu pa posledica. V 19. stoletju so iskali razumsko razlago za motnje, vzrok so iskali v dednosti, infekcijah in avtointoksikacijah s telesu lastnimi snovmi. V sredini 20. stoletja, je prevladala misel, da je materinstvo osrednja

ženska vloga in depresija posledica zavrtih spolnih želja oziroma neprimerne spolnega razvoja. Nato je francoski zdravnik Louis Victor Marce prvi opisal poporodne duševne motnje in trdil, da lahko vsaka ženska po porodu zapade v stanje čustvene labilnosti, četudi je drugače psihično trdna osebnost. V 60. letih 20. stoletja so iskali vzrok v biološki pogojenosti. Depresijo naj bi povzročili hormoni in dednost. Trdili so, da je vzrok poporodne duševne motnje endogena predispozicija ženske, porod pa je sprožilni dejavnik. Z začetki feminističnega gibanja je v ospredje stopil tudi psihosocialni aspekt poporodnih duševnih motenj. V 70. in 80. letih 20. stoletja se je počasi spreminjala vloga ženske v družbi, te so vse bolj prodirale v javno življenje, in spreminjal se je tudi pogled materinstva in poporodnega duševnega zdravja. Leta 1950 so prvič opisali duševne motnje kot nepsihotične motnje. Počasi se je utrjevalo spoznanje, da je družba tista, ki s svojimi visokimi kriteriji materinstva, ki so nedosegljivi, ženske peha v duševne motnje (14).

Zgodovinski oris predstavljamo po obdobjih v Preglednici 2.

Preglednica 2: Zgodovinski oris spoznavanja poporodnih duševnih motenj (15)

<i>Leto</i>	<i>Avtor</i>	<i>Ugotovitve</i>
460–360 pr. n. š.	Hipokrat	Prvi opis
1845	Esquirol	Prvi sistematični opis
1847	Holm	Infekcijski vzrok težav
1858	Marcee	Puerperalni psihotični sindrom
1877	Magnon	Pomen dednosti
1893	Regis	Pomen avtointoksikacije
1921	Kraepeli	Poporodne in laktacijske psihoze
1932	Grauder	Pomen endokrinih sprememb
1936	Romer	Endogene psihoze v puerperiju

1.3.2 Poporodna depresija v različnih kulturah

Dolgo časa je veljala misel, da se poporodna depresija pojavlja pri ženskah zahodnih, razvitih dežel, ki so zaradi tehnološkega in kulturnega napredka oddaljile od svoje naravne vloge materinstva. Nato so študije ovrgle to trditev in odkrile, da je glavni vzrok verjetno različna, kulturno pogojena percepcija žensk glede nosečnosti, rojstva in podpore. Na stališče žensk vplivajo norme, vrednote in pričakovanja družbe. V nekaterih družbah ni zaželeno izrazito neugodje, pritoževanje in samopomilovanje, ženske so vzgojene tako, da osebne probleme zatrejo. Mnoge tradicionalne družbe imajo posebne predpise glede vedenja žensk v prvem mesecu po rojstvu otroka. Ta pravila istočasno tudi definirajo odnos družbe do ženske. Otročnice in njihove družine so upravičene do posebne pozornosti in pomoči v prvih šestih tednih po porodu. Na Japonskem obstaja običaj, ki materi omogoča praktično pomoč v prvem mesecu po porodu in ji tako olajša prehod v starševstvo. Moderna družba od ženske po porodu pričakuje, da bo ob povratku iz porodnišnice normalno funkcionirala, in njene potrebe v luči psihiatrične in fizične ranljivosti niso upoštevane (14).

1.3.3 Etiologija poporodne depresije

Razvoj poporodne depresije (PPD) po porodu poskušajo pojasniti na različne načine. Dejavniki, ki bi lahko vplivali na nastanek bolezni, so: nenadne endokrine spremembe, motnje v laktaciji, motnje osebnosti, zunanji stres, motnje v družinskih odnosih in genetske predispozicije (32).

Poglavitni dejavniki, ki lahko vplivajo na razvoj PPD, so (14):

- Stan, zadovoljstvo s partnersko zvezo in socialna podpora daje ženski določeno stopnjo varnosti in podporo. Vpliv ima tudi dobro razumevanje med partnerjema, ki je ključno v tem obdobju. Pomanjkanje podpore, socialna izolacija, stres in občutek neuspeha so lahko za žensko sprožilni dejavnik v razvoju PPD.
- Socialno-ekonomski status ima velik pomen. Zaposlenost ima dokazano pozitiven vpliv, ki lahko kompenzira slabo socialno podporo, dviga samospoštovanje ter zmanjšuje revščino.
- Nizko samospoštovanje in pomanjkanje samozavesti viša tveganje za razvoj PPD, samospoštovanje lahko vpliva na odnos matere do otroka, dojenja in nego otroka.

- Ženske, ki v nosečnosti trpijo za antenatalno depresijo, antenatalno anksioznostjo, poporodno otožnostjo in predhodne epizodami depresije so bolj dovzetne za PPD, antenatalna depresija napoveduje PPD v 5 do 33 %. Dejavniki tveganja za antenatalno depresijo so družinska in osebna obremenjenost z depresivnimi motnjami, slab odnos s partnerjem, starost, izobrazba ženske, večje število starejših otrok, finančni in stanovanjski problemi, nezaželena in nenačrtovana nosečnost.
- Nenačrtovana in nezaželena nosečnost: pomeni za žensko hud stres, ki lahko v njej sproži ambivalentna in negativna čustva do otroka in materinstvo.
- Negativni življenjski dogodki: (finančne, zakonske, zdravstvene, družinske, travmatični dogodki iz preteklosti npr. spolna zloraba, izguba staršev v otroštvu) se kopičijo in lahko delujejo kot sprožilni dejavnik.
- Stres v zvezi z nego otroka in otrokov značaj so lahko razlog za razvoj PPD, predvsem v primeru multiple nosečnosti, nedonošenosti in ko otrok potrebuje posebno nego zaradi anomalij ali bolezni.

Naslednji možni dejavniki tveganja za PPD so: družinska obremenitev z duševno obolelostjo, dejavniki dednosti, delovanje endogenih hormonov, starost ženske, zdravstveni problemi v nosečnosti ter obporodni zapleti (neplodnost, izguba otroka, večje število otrok) in značajske lastnosti ženske.

Simptomi PPD, ki jih lahko prepozna pacientka, svojci ali pa zdravstveno osebje, so (19,33, 34):

- izguba teka,
- motnje spanja in psihomotoričnih aktivnosti,
- pomanjkanje energije, je videti nenavadno utrujena in izčrpana,
- izogiba se vprašanjem o tem, kako se počuti,
- ima občutke krivde, nemoči, razočaranje,
- oteženo razmišljanje in koncentracija ter samomorilne misli ali poskusi samomora,
- socialna disfunkcija in težave v partnerskih odnosih,
- haluciniranje in blodnje so redke,
- matere lahko zavračajo otroka in izražajo jezo in sovražnost, samomor in detomor sta redka,
- noče pestovati otroka ali kaže nenavadno nelagodje, ko drži otroka v naročju, ali se nenavadno odziva nanj, ima lahko težave s pomanjkanjem mleka,

- ne dovoli drugim skrbeti za otroka, kaže veliko neprilagodljivosti ali pretirano natančnost glede otrokove nege (npr. glede otrokovega urnika hranjenja ali spanja)
- potrlost, še posebno v jutranjem času,
- izguba volje, poležavanje,
- anksioznost in razdražljivost,
- emocionalna labilnost,
- dvom v svoje materinske sposobnosti, izjavlja, da jo otrok ne mara ali da ni dobra mati,
- pretirana skrb za otroka,
- jokavost in obsesije, podoživlja prizore, doživlja strah in nočne more, povezane s travmami, ki jih je preživela,
- zanemarjanje sebe,
- ima telesne težave, vzroka pa ni mogoče najti, somatski simptomi: hiperventilacija, bolečine v prsih, palpitacije, glavobol, slabost, vrtoglavica, napadi tesnobe, utrujenost, mravljinčvi,
- izrazito pridobiva ali izgublja telesno težo, motnje menstruacijskega ciklusa, spremembe teka in nizek libido.

Drglinova (19) pa tudi opozarja na pomembne opozorilne znake pri dojenčku, ki kažejo, da mati morda doživlja poporodno duševno stisko:

- pretirana izguba ali pridobitev teže,
- zapoznel kognitivni ali jezikovni razvoj,
- zmanjšana odzivnost na mamo,
- težave pri dojenju.

Zdravstveni delavci v 50 % PPD prezrejo, ženske pa le redko zaradi strahu pred stigmatizacijo poiščejo pomoč. Smiselno bi bilo načrtno presejanje in odkrivanje žensk s tveganjem za PPD (2).

Glede na to, da je zgodnje odkrivanje ter zdravljenje PPD ključnega pomena tako za zdravje otročnice kot otroka in njune družine, bi bilo idealno, če bi že v nosečnosti lahko s presejanjem odkrili ženske, ki so nagnjene k razvoju PPD. Presejanje se lahko izvede z različnimi instrumenti (kliničnim pregledom, pogovorom, psihološkimi, sociološkimi ter

psihiatričnimi testi), najbolj učinkovite pa so ocenjevalne ali samoocenjevalne lestvice, ki so prilagojene prav za odkrivanje PPD.

Presejalne teste Skočirjeva deli na tiste za (2):

1. *antenatalno presejanje*: ponavadi se izvajajo v zadnjem tromesečju in na podlagi dejavnikov tveganja identificirajo posameznice s tveganjem za PPD in
2. *postnatalno presejanje*: odkrivajo ženske s simptomi PPD.

Edinburški vprašalnik

V svetu se je zadnji dve desetletji za presejanje na PPD najbolj uveljavil Edinburški vprašalnik Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS), ki ga je leta 1987 v Angliji razvil Cox s sodelavci, da bi ga lahko uporabljali zdravstveni delavci v osnovnem zdravstvu za odkrivanje PPD. Z njim se določa intenziteta depresivnega razpoloženja. Za postavitev diagnoze pa je potreben klinični pregled. EPDS je najbolj raziskan vprašalnik za presejanje na PPD. EPDS vprašalnik je sestavljen iz 10 enostavnih vprašanj, ki se nanašajo na čustva, razpoloženje, spanje, strah ter obremenjevanje s stvarmi in samomorilne misli. Njegova uporaba je zelo enostavna, izpolnjevanje zelo hitro (cca tri minute). Za vrednotenje rezultata ni potrebno posebno strokovno predznanje, kar olajša rabo. Predstavljamo ga v Sliki 1.

Priloga 1. Vprašalnik EPDS

Ime in priimek: _____ Datum reševanja: _____

Starost dojenčka: _____

Ker ste pred kratkim rodili dojenčka, bi radi izvedeli, kako se počutite. Prosim **PODČRTAJTE** odgovor, ki približno opisuje Vaše počutje V ZADNJIH 7 DNEH, in ne le Vašega počutja danes.

1. Uspe mi, da se nasmejim in vidim smešno plat stvari:
 - tako, kot mi je vedno uspelo;
 - manj kot prej;
 - veliko manj kot prej;
 - sploh ne.
2. Veselim se stvari:
 - tako, kot sem se vedno;
 - manj kot prej;
 - precej manj kot prej;
 - skoraj ne.
3. Po nepotrebem se obremenjujem, kadar gredo stvari narobe:
 - večino časa;
 - nekaj časa;
 - redko;
 - nikoli.
4. Brez pravega razloga sem tesnobna in zaskrbljena:
 - sploh ne;
 - komaj kdaj;
 - včasih;
 - zelo pogosto.
5. Brez pravega razloga se počutim prestrašeno ali panično:
 - pogosto;
 - včasih;
 - redko;
 - sploh ne.
6. Stvari se mi nakopičijo:
 - večino časa jih ne zmorem obvladovati;
 - včasih jih ne obvladujem tako dobro kot prej;
 - večino časa jih precej dobro obvladujem;
 - obvladujem jih tako dobro kot vedno.
7. Bila sem tako nesrečna, da sem slabo spala:
 - večino časa,
 - včasih;
 - redko;
 - sploh ne.
8. Počutila sem se žalostno ali nesrečno:
 - večino časa;
 - precej pogosto;
 - redko;
 - sploh ne.
9. Bila sem tako nesrečna, da sem jokala:
 - večino časa;
 - precej pogosto;
 - občasno;
 - nikoli.
10. Pomislila sem, da bi si kaj naredila:
 - precej pogosto;
 - včasih;
 - skoraj nikoli;
 - nikoli.

Slika 1: Edinburški vprašalnik (3)

Od leta 2005 je vprašalnik preveden tudi v slovenščino, vendar se ga v praksi ne uporablja. V Sloveniji smo glede odkrivanja PPD še povsem na začetku, čeprav ga v drugih državah (v Združenih državah Amerike in Angliji) izvajajo ginekologi, družinski zdravniki, babice, medicinske sestre, psihologi in pediatri. Smiselno bi bilo, da se EPDS vprašalnik uporabi pri rednem ginekološkem pregledu šest tednov po porodu. Tako bi se zajelo domala vse ženske, ki rodijo. Vprašalnik bi ženske lahko rešile v nekaj minutah, ko čakajo na pregled v čakalnici. Dodatne možnosti bi lahko bile vključitev patronažne službe na terenu ali vključitev reševanja EPDS v okviru enega od zgodnjih posvetov pri pediatru (3, 23).

Glede na to, da obstaja veliko dokazov o vplivu obporodnih duševnih težav na zdravje matere in otroka, bi bilo potrebno duševnemu zdravju v sklopu reproduktivnega zdravja nameniti večjo skrb ter zagotoviti redno strokovno izobraževanje za strokovnjake, ki so vključeni v skrb za ženske v rodni dobi. Pomembno bi bilo izdelati enotne sodobne strokovne smernice za vodenje že znane duševne bolnice, kot tudi ženske s prvič zaznano simptomatiko duševne motnje v času nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja (35). Najbolj pomembno je vzpostaviti sodelovanje z osnovno zdravstveno službo, otroškimi in ginekološkimi dispanzerji, patronažno medicinsko skrbjo, socialno službo in drugimi službami (36).

Presejanje za težave na področju duševnega zdravja je potrebno zato v praksi uveljaviti kot sestavni del predporodnega zdravstvenega varstva v Sloveniji.

1.3.4 Zdravljenje poporodne depresije

Opredeljena diagnoza je predpogoj za uspešno zdravljenje poporodne depresije. Način zdravljenja je odvisen od vzroka, osebnih karakteristik in želje ženske, resnosti bolezni in razpoložljivih virov pomoči.

Psihoterapevtske metode

Če je PPD blage do zmerne oblike in ima ženska podporo v okolju, je priporočljivo nefarmakološko zdravljenje. Prednost psihoterapevtskih metod je, da se osredotočijo na probleme, skrite za simptomi PPD. Ženski se hitro izboljša počutje. Poznamo interpersonalno terapijo, kognitivno-behavioralno terapijo in svetovanje.

Interpersonalna terapija temelji na tem, da ženska v pogovoru pove svoja pričakovanja glede materinstva in želene podpore s strani partnerja ter neskladje med realnostjo in željami, sledi metoda igranja vlog in učenja tehnik komunikacije, ki preko razkrivanja čustev pri ženski jačajo samospoštovanje. Je enako učinkovita kot medikamentozno zdravljenje.

Kognitivno-behavioralna terapija spodbuja žensko, da svoje negativno naravnane misli ozavesti, kar omogoča proces zdravljenja, s tem pridobi na samozavesti in se nauči reševati težave. Ta oblika terapije je priporočljiva za blage do zmerne oblike PPD. V psihoterapevtske metode spada tudi svetovanje, katerega cilj je, da ženska sama opredeli možne rešitve svojega problema. Svetovanje nudi oporo in pomoč, praktične nasvete, zdravstveno vzgojo glede starševstva, pogovor o PPD. Lahko se izvaja samostojno ali kot podporna terapija farmakološkemu zdravljenju. Svetovanje v obliki pogovora o izkušnji poroda, t. i. »debriefing«, je tudi učinkovita metoda, uspešno je tudi svetovanje v obliki telefonskih razgovorov, podporne skupine in skupine za samopomoč (2).

Farmakološke metode

Dodatek antidepresiva je indiciran, če se stanje po psihoterapiji ne popravi ali se PPD še poslabša. Medikamentozno zdravljenje je nujno pri nevarnosti samomora in detomora. Če ženska ni nikoli jemala antidepresivov, se doječi materi predpiše antidepresive z nizkimi vrednostmi zdravila in minimalnimi možnimi reakcijami za otroka. Če se je ženska prej uspešno zdravila z antidepresivi in ne obstajajo kontraindikacije, se svetuje, da jemlje isto terapijo naprej. Glede na dokazano blagodejni vpliv dojenja za mater in otroka bi morala biti podpora in pomoč pri dojenju sestavni del zdravljenja ženske s PPD (37).

Za zdravljenje se v nekaterih primerih uporablja *progesteron*, njegov učinek je hitrejši od antidepresivov, aplicira se ga kot supozitorij oziroma v obliki intramuskularnih injekcij, ni možno predoziranje, kar je pomembno predvsem v nevarnosti samomora. Povzroča pa spremembe telesne teže, znižuje libido, v nasprotju z antidepresivi pa spodbuja dojenje. *Estrogen* je indiciran za zdravljenje kronične oblike PPD (2).

Komplementarne metode zdravljenja PPD

Opisane komplementarne metode so podporne metode k uradni medicini, uporabne so le kot dopolnilno zdravljenje za lajšanje posameznih simptomov PPD. *Hipnozo* se uporablja za zdravljenje nespečnosti. *Akupunkturo* določeni strokovnjaki priporočajo, kljub temu da obstaja zelo malo dokazov o njeni učinkovitosti v zvezi s PPD. *Masaža* je uporabna za lajšanje anksioznosti. Nekateri *prehrambni dodatki* lajšajo simptome PPD. Kalcij deluje proti nespečnosti, magnezij izboljša apetit, omili razdražljivost in anksioznost. Šentjanževka pomaga pri blagi in zmerni obliki PPD. *Fizična aktivnost* lajša simptome brezvoljnosti. Nekateri svetujejo *kengurujčkanje* (» *skin-to-skin therapy*«), *delovno terapijo*, *muzikoterapijo* in *izrazni ples*. Učinkovito deluje tudi *obsevanje z difuzno svetlobo v jutranjih urah* (2, 19).

Preprečevanje in zdravljenje PPD je zelo pomembno tudi zaradi tega, ker je otrok najbolj občutljiv v prvih treh do šestih mesecih življenja. Bolna mati pa je v tem obdobju najmanj sposobna za pravilno nego otroka. Naponi, ki jih vložita perinatolog in okolica v nosečnosti, med porodom in v ranem poporodnem obdobju, lahko preprečijo razvoj resnih psihiatričnih problemov in pripomorejo k dobremu zdravju matere in otroka v tem obdobju (32).

1.3.5 Vpliv poporodne depresije na razvoj otroka in družino

Duševne motnje matere naj bi se izražale tako v otrokovem duševnem kot tudi telesnem zdravju. Matere, ki trpijo za poporodno depresijo, naj bi bile manj dovzetne za otroka in njegove potrebe (38). Otroci imajo v povprečju slabši razvoj, so bolj pasivni ali razdražljivi, imajo nižji tonus mišičja in večkrat jokajo kot njihovi vrstniki. Obrazna mimika je slabše razvita, pogosto imajo težave s hranjenjem in spanjem (39).

Pediatrji so ugotovili, da naj bi se dečki depresivnih mater razvijali slabše od deklic. Ti otroci imajo tudi povečano tveganje za psihične motnje. Menijo, da imajo depresivne matere po porodu čustveno zaviralno vlogo in s tem zavirajo otrokovo osamosvojitev in proces zgodnje socializacije (3). Otroci imajo pozneje v življenju težave z izražanjem čustev, motnje v kognitivnem razvoju, probleme v navezovanju socialnih stikov in težave pri socializaciji (13).

Na težki preizkušnji je tudi družina, nov družinski član in stiska ženske stanje še poslabšata. Partner se znajde v novi vlogi starša, od njega se zahteva večja odgovornost in podpora bolni

partnerki. Kar hitro se tudi sam lahko znajde v stiski. Odstotek po porodu depresivnih partnerjev naj bi bil od 3–42 %. Včasih so bremena bolezni prehuda in pomembno načnejo družinsko navezanost (13).

1.4 Patronažno varstvo

Patronažno varstvo je definirano kot posebna oblika zdravstvenega varstva, ki opravlja aktivno zdravstveno in socialno varovanje posameznika, družine in skupnosti. Ti so zaradi bioloških lastnosti, določenih obolenj ali nenavajenosti na novo okolje občutljivi za škodljive vplive iz okolja (5). Patronažno varstvo je organizirano kot samostojna služba ali organizacijska enota osnovnega zdravstvenega varstva v zdravstvenih domovih.

Patronažno varstvo je del zdravstvenega varstva, je sistem vseh zdravstveno-socialnih prizadevanj, postopkov in posegov zdravstvene nege posameznikov in družin na njihovih domovih in v lokalnih skupnostih za ohranjanje, krepitev in varstvo zdravja, nego bolnih in rehabilitacijo (40).

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je leta 1998 opredelila patronažno varstvo kot posebno obliko zdravstvenega varstva, ki zajema aktivno zdravstveno varstvo in socialno varstvo posameznika, družine in lokalne skupnosti.

1.4.1 Dejavnosti patronažnega varstva

Organizacijska enota patronažno varstvo izvaja s pomočjo svojih služb naslednje dejavnosti (41):

1. zdravstveno-socialno obravnavo posameznika, družine in lokalne skupnosti,
2. patronažno zdravstveno nega nosečnice, otročnice in novorojenčka na domu in
3. patronažno zdravstveno nego bolnika na domu.

V Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ter v Zakonu o zdravstveni dejavnosti so zapisana navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Ta določa, da ima nosečnica pravico do enega preventivnega patronažnega obiska v zadnjem tromesečju nosečnosti. Patronažna medicinska sestra (PMS) v nosečnosti seznani

žensko o poteku normalne nosečnosti in poroda. Otročnica je upravičena do dveh patronažnih obiskov do šestega tedna po porodu. Slepe in slabovidne matere imajo pravico do dveh dodatnih obiskov. PMS opravi šest patronažnih obiskov novorojenčka in dojenčka v prvem letu starosti. Med obiskom PMS obravnava posameznika in celotno družino. Cilj obravnave je normalen potek nosečnosti in poporodnega obdobja v smislu krepitve in ohranitve zdravja ter preprečevanja komplikacij in vzpostavljanja primernih interakcij v družini (42).

Značilnosti patronažnega varstva

Značilnost patronažnega varstva je v specifičnih postopkih in posegih. Delo družinske PMS posega na vsa področja skrbi za zdravje posameznika, družine in lokalne skupnosti in tako deluje na vseh petih nivojih zdravstvene vzgoje (43):

1. promocija zdravja oziroma skrb za ohranitev in krepitev zdravja,
2. preprečevanje bolezni,
3. odkrivanje obolenj,
4. zdravstvena nega bolnih, invalidnih in onemoglih,
5. rehabilitacija po poškodbah in bolezni.

1.4.2 Patronažna zdravstvena nega

Patronažna zdravstvena nega je integralni del primarne zdravstvene nege in s tem primarnega zdravstvenega varstva (44).

Patronažna zdravstvena nega je specifična pomoč patronažne medicinske sestre in njenih sodelavcev posameznikom in družinam v domačem okolju oziroma skupnostim, da kar najboljše opravljajo svoje delo v različnih stanjih zdravja v času od rojstva do smrti (41).

Patronažna zdravstvena nega je specialno področje zdravstvene nege, ki se ukvarja s posamezniki, z družino in lokalno skupnostjo v vseh obdobjih zdravja in bolezni. Nosilka patronažne zdravstvene nege je medicinska sestra v patronažnem varstvu, ki ugotavlja potrebe po zdravstveni negi, načrtuje intervencije zdravstvene nege, jih izvaja in vrednoti dosežene cilje. Pomaga posameznikom in družinam na njihovih domovih, da se soočijo z boleznijo, s kronično nezmožnostjo in stresom. PMS je koordinatorka vseh oblik pomoči na domu in je vez med posameznikom in njegovim osebnim zdravnikom.

PMS je član negovalnega in zdravstvenega tima, deluje na vseh ravneh zdravstvene vzgoje, primarni, sekundarni in terciarni, ter promovira zdravje pri posamezniku, družini in celotni populaciji. PMS mora slediti in se prilagajati potrebam, razmeram pri posamezniku, družini ali skupnosti in jih skupaj z njimi zadovoljevati. PMS si s sodelavci prizadeva dosegati in večati pozitivno zdravje posameznika, družine in skupnosti ter zmanjševati oziroma preprečevati negativno zdravje (44).

PMS je družinska medicinska sestra, ki deluje na določenem terenskem območju. V letih delovanja spozna svoje območje in tamkajšnje ljudi, hkrati pa oni spoznajo njo. V družini je prisotna ob pomembnih življenjskih mejnikih, ko je ta še posebej občutljiva. Ti trenutki so za družino lahko stresni, in takrat njeni člani potrebujejo posebno podporo in pomoč PMS.

PMS pri svojem delu upošteva Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, kjer je zapisano, da je temeljna naloga medicinske sestre krepitev zdravja, preprečevanja bolezni, obnavljanje zdravja ter lajšanje trpljenja. Medicinska sestra je zagovornica koristi pacienta in mu nudi fizično, psihično, socialno, duhovno in moralno podporo. Z zdravstveno nego so neločljivo povezane tudi človekove pravice, posebej pravica do življenja in spoštovanja človekovega dostojanstva (45).

1.4.3 Proces patronažne zdravstvene nege

Proces zdravstvene nege je sodobna metoda dela v zdravstveni negi, ki jo oblikuje visoka stopnja organiziranosti. Je najboljši način, da dosežemo želene cilje, omogoča nam sistematično delo. Proces zdravstvene nege temelji na metodi ugotavljanja potreb posameznika, družine ali družbene skupnosti. Vključuje uporabo znanstvenih metod za ugotavljanje potreb pacientov, načrtovanje dela in zadovoljevanje potreb, izvajanje nege in vrednotenje dosežkov, določa prednosti glede na njihovo pomembnost za življenje, ozdravitev ali kvaliteto življenja in obliko nege ter skrbi za materialne pogoje (46, 47).

V celotnem procesu je pacient subjekt in ne objekt, je o vsem informiran, pripravljen za aktivno sodelovanje in zaupa v delo PMS. PMS obravnava pacienta holistično kot psihofizično in socialno celoto v njegovem ožjem in širšem okolju.

Prednosti procesne metode dela:

- omogoča sistematično organizirano in kontinuirano zdravstveno nego,
- preprečuje opuščanje ali nepotrebna ponavljanja aktivnosti,
- povečuje zadovoljstvo PMS ob spoznanju učinkovitosti in uspešnosti svojega dela,
- obvezuje dokumentiranje, ki omogoča vidnost in razpoznavnost aktivnosti zdravstvene nege in vpogled zapisanih informacij vsem članom tima zdravstvene nege in zdravstvenega tima ob vsakem času,
- spodbuja na sodobnejšo organizacijo zdravstvene nege,
- vpliva na izobraževanje in strokovno izpolnjevanje PMS,
- prinaša k profesionalizaciji stoke,
- omogoča individualno in celovito obravnavo pacienta,
- izboljšuje komunikacijo s pacientom, njegovimi svojci in sodelavci,
- spodbuja pacienta k aktivnemu sodelovanju, kar mu daje občutek upoštevanja njegove individualnosti, pomembnosti in odgovornosti (48).

PMS mora poznati tudi teorije in modele zdravstvene nege, ki pomenijo napredek v razvoju kakovostne patronažne nege. Teorije in modeli zdravstvene nege so osnova znanosti zdravstvene nege in predstavljajo vodilo v praksi.

Izhodišče za profesionalno delovanje PMS na področju patronažne zdravstvene nege sta:

- *Teorija Virginie Henderson* in
- *Model Dorothee E. Orem*.

Teorija Virginie Henderson

Teorija Virginie Henderson je najbolj poznano teoretično delo zdravstvene nege in služi kot temelj zdravstvene nege v praksi. Leta 1955 je prvič predstavila definicijo zdravstvene nege. V njej je zapisala, da je medicinska sestra popolnoma samostojna pri izvajanju zdravstvene nege na tistem področju, na katerem pomaga pacientu zadovoljevati osnovne življenjske potrebe. Naloga medicinske sestre je tudi, da sodeluje pri diagnostično-terapevtskih postopkih, o katerih odloča zdravnik. Je član širšega zdravstvenega tima, v katerem enakopravno sodeluje pri celotni zdravstveni oskrbi pacienta. Odgovorna je za strokovno pravilno opravljeno delo.

Virginia Henderson je oblikovala *14 osnovnih življenjskih aktivnosti* po naslednjem vrstnem redu:

1. normalno dihanje,
2. ustrezno prehranjevanje in pitje,
3. izločanje telesnih izločkov,
4. gibanje in zavzemanje želenega položaja,
5. spanje in počitek,
6. izbira ustreznih oblačil, oblačenje in slačenje,
7. vzdrževanje normalne telesne temperature s primernim oblačenjem in prilagajanjem okolja, 8. vzdrževanje telesne čistoče in urejenosti,
8. izogibanje nevarnostim v okolju in preprečevanje ogrožanja drugih,
9. komuniciranje z drugimi – izražanje čustev, potreb in mnenj,
10. verovanje glede na osebno prepričanje,
11. opravljanje dela, ki nudi zadovoljstvo in uspeh,
12. igranje ali vključevanje v različne oblike reakcije,
13. učenje, odkrivanje novega, kar vodi v normalen razvoj in zdravje.

Če človek ni sposoben zadovoljevati teh osnovnih potreb, potrebuje strokovno pomoč, pomoč strokovnjaka, medicinsko sestro. V. Henderson je predstavila naloge medicinske sestre in aktivnosti zdravstvene nege, ki so predvsem vloga pri zadovoljevanju potreb. Aktivnosti, ki jih izvaja, so pomoč, vzpodbuda, včasih tudi posamezne aktivnosti namesto pacienta (49).

V njeni teoriji so opisani štirje pomembni koncepti: zdravstvena nega, človek, zdravje in okolje.

Teoretični model Dorothee E. Orem

Dorothea E. Orem je znana ameriška teoretičarka in ena od pionirk razvijanja teorij zdravstvene nege. Razvila je model samooskrbe, ki temelji na posameznikovi zmožnosti, sposobnosti in odgovornosti za izvajanje samooskrbe. Oremova opredeljuje samooskrbe kot del vsakodnevnih aktivnosti in kot hoteno aktivnost, ko je človek izvaja za vzdrževanje življenja, zdravja in dobrega počutja.

Vloga zdravstvene nege je, da s terapevtsko aktivnostjo zdravstvene nege uravnava primanjkljaj samooskrbe s ciljem, da se ta sposobnost posamezniku čim prej povrne glede na njegovo zmožnost. Človek ni več pasiven prejemnik zdravstvene nege, ampak aktivna oseba, ki skrbi sama zase.

Oremova je teorijo sestavila iz treh med seboj povezanih teorij:

1. teorija samooskrbe,
2. teorija primanjkljaja samooskrbe in
3. teorija sistemov samooskrbe.

Oremova je v svoji teoriji opisala tudi koncept zdravstvene nege, človeka, zdravja in okolja. *Koncept zdravstvene nege* temelji na izravnavi primanjkljaja samooskrbe pri pacientu in pri njegovih svojcih in čimprejšnji povrnitvi zmožnosti samooskrbe pacienta njegovim svojcem. *Človeka* opiše kot celovito enkratno osebnost, ki je samostojna, sposobna ter motivirana skrbeti sama zase. *Zdravje* razume kot stanje človeka, ki deluje celovito, kot psiho-fizično, socialno in duhovno bitje. *Okolje* vpliva na potrebe samooskrbe in zadovoljevanja potreb, močan vpliv imajo fizični, socialni in kulturni dejavniki okolja (49).

Primerjava teoretičnih modelov

Teorija Virginie Henderson poudarja vlogo medicinske sestre pri izvajanju zdravstvene nege na področju štirinajstih osnovnih potreb. Teoretični model Dorothee E. Orem je model samooskrbe, ki temelji na posameznikovi zmožnosti, sposobnosti in odgovornosti za izvajanje samooskrbe.

V spodnji preglednici je prikazana primerjava teoretičnih modelov.

Preglednica 3: Primerjava teoretičnih modelov Verginije Henderson in Dorothee E. Orem (50)

ZNAČILNOSTI	MODEL V. HENDERSON	MODEL D. OREM
<i>Faze procesa PZN</i>	4 faze	3 faze
<i>Cilji</i>	Pomoč pacientu pri zagotavljanju samostojnih življenjskih potreb	Povrnitev sposobnosti samooskrbe
<i>Potrebe</i>	14 osnovnih življenjskih aktivnosti /potreb (fiziološke, psihološke, duševne in sociološke)	Splošne potrebe, razvojne, potrebe po odklonu od zdravja
<i>Proces PZN</i>	1. Ocenjevanje (zbiranje in analiza podatkov)	1. Negovalna diagnoza (ugotoviti področje in vzrok primanjkljaja, ocena sposobnosti samooskrbe, določitev ali je zdravstvena nega potrebna)
	2. Načrtovanje (negovalnih diagnoz, ciljev in intervencij)	
	3. Izvajanje (načrtovanih intervencij in diagnostično terapevtskih posegov)	2. Načrtovanje (sistema zdravstvene nege, terapevtskih aktivnosti in ustrezne metode dela)
	4. Vrednotenje (zadovoljstva pacienta, doseženih ciljev, uspešnosti zdravstvene nege)	3. Izvajanje (načrtovanih terapevtskih aktivnosti, ugotavljanje pacientove ohranjene ali povrnjene samostojnosti)
<i>Metode dela</i>	Fizična in psihična pomoč, podpora in vzpodbuda, nebesedna komunikacija, vzgoja	Delovanje in vodenje pacienta, fizična in psihična podpora, urejanje okolja, ki podpira razvoj in učenje pacienta
<i>Poudarek</i>	Na samostojnosti in neodvisnosti pri zadovoljevanju 14 osnovnih življenjskih potreb	Na aktivni vlogi in osebni odgovornosti vsakega za lastno zdravje

1.4.4 Vloga patronažne medicinske sestre pri duševni motnji

Cilj patronažne zdravstvene nege nosečnice je normalen potek nosečnosti v smislu krepitve in ohranitve zdravja ter preprečevanja komplikacij (42). PMS pri obravnavi nosečnice nameni posebno pozornost duševnemu zdravju in odkrivanju duševnih motenj. Posebno pozornost nameni ženskam, ki imajo že znane težave na področju duševnega zdravja.

PMS ima pomembno vlogo, saj nosečnici nudi podporo, pogovor in empatični odnos. Žensko seznani s spremembami v čustvovanju in jo spodbuja k izražanju čustev, občutkov in doživljanj, oceni njeno komuniciranje in komuniciranje vseh članov družine. Motivira jo h krepitvi pozitivne samopodobe in k oblikovanju odnosa do sebe in materinstva. Svetuje ji ohranjanje socialnih stikov (obiski, druženje, skupinska telovadba). Motivira jo, da skrbi za svoje potrebe (prehranjevanje, razvedrilo, počitek in spanje, daje intelektualno spodbudo in svetuje stik z odraslimi). Če se pri ženski pojavi duševna stiska, ji priporoča sproščanje s prijetno glasbo, različne sprostitvene tehnike in aktivnosti, ki jo sproščajo ter obisk pri zdravniku. Partnerja motivira k aktivni vlogi, kar pripomore k ohranjanju in krepitvi duševnega zdravja ženske v predporodnem obdobju. Ženski svetuje načrtovanje, razdeljevanje nalog in gospodinjskih opravil. Če se pri ženski pojavijo znaki za depresivno epizodo, svetuje obisk pri ginekologu, ta jo nato napoti naprej k psihologu in psihiatru. V primeru resnih psihotičnih motenj lahko psihiater napoti žensko na Enoto za krizne intervencije v Ljubljani, Zaloška cesta 29, kjer je možna hospitalizacija na kliničnem oddelku za mentalno zdravje. PMS je pri ženski z znano duševno motnjo še posebej pozorna na njeno psihično stanje, svetuje ji redno in dosledno jemanje predpisanih zdravil. PMS se poveže s svojci in pomembnimi drugimi, po potrebi se poveže tudi z osebnim zdravnikom, lečečim psihiatrom in osebnim izbranim ginekologom. Pouči jo, da lahko sama izpolni vprašalnik SZO/EURO v Materinski knjižici, kjer je lestvica dobrega počutja. Tako dobi tudi sama PMS orodje za prepoznavanje duševnih stisk in motenj pri nosečnici, posledično tudi ginekolog dobi pomembne podatke o duševnem zdravju ženske (4, 51).

PMS po odpustu iz porodnišnice prva obišče otročnico, novorojenčka in njeno družino na domu. Ima široko znanje in strokovne sposobnosti, ki ji omogočajo prepoznavanje in lajšanje duševnih stisk, ki jih doživlja ženska. PMS skuša zagotoviti, da je vsaka otročnica deležna primerne fizične oskrbe in učinkovite psihične in socialne podpore. Skrb in pozornost posveča predvsem psihičnemu stanju in čustvenemu doživljanju otročnice kot matere. Z otročnico

vzpostavi pristen odnos, ki temelji na zaupanju, spoštovanju, empatiji, spodbuja jo k izražanju čustev, občutkov in doživljanj, tudi v kasnejšem obdobju po porodu. PMS mora prepoznati znake, kot so spremembe razpoloženja, žalost, jokavost, občutek tesnobe, razdražljivost, brezvoljnost in potrtoost, preobčutljivost predvsem v odnosu do partnerja in otroka, nespečnost, motnja koncentracije, občutek krivde ali jeze, izgube samospoštovanja, tesnoba ali vznemirjenost, samomorilne misli, nezanimanje za dogajanje v okolici, tudi za dojenčka, vsiljive misli o poškodovanju otroka. Za temi znaki se lahko skrivajo duševne stiske žensk, ki potrebujejo dobro psihosocialno podporo in pomoč. Uporabno bi bilo, da si PMS pomaga tudi z EPDS vprašalnikom in tako pridobi podatke, ki ji lahko služijo kot orodje za prepoznavo PPD in jo na podlagi pridobljenih rezultatov usmeri do ustrezne pomoči (k splošnemu zdravniku, psihologu, psihiatru). Motivira jo, da si organizira življenje tako, da bo imela čas za redne obroke, razvedrilo, počitek in spanje. S tem bo bolj samostojna, gotova in se bo dobro počutila. Partnerju, svojcem in ostalim bližnjim svetuje, da so pozorni na počutje otročnice, ji pomagajo, se z njo pogovarjajo in vzpodbujajo. Partnerja spodbuja, da odgovorno sprejema očetovo vlogo; tako tudi sam pripomore k ohranjanju in krepitvi duševnega zdravja ženske v poporodnem obdobju. Posebno skrb in odgovornost nameni družini. Kadar PMS ugotovi slabe socialno-ekonomske razmere, družini pomaga pri reševanju problematike prek centra za socialno delo in humanitarnih organizacij. Če otročnica jemlje psihiatrično terapijo, jo pouči o pomenu rednega jemanja, kako jemati določena zdravila, opozori jo na stranske učinke in kako naj jih omili. PMS z dogovorom s psihiatrom skrbno spremlja, ali otročnica jemlje predpisana zdravila. Kakršne koli težave poroča psihiatru ali splošnemu zdravniku. Otročnici predstavi mrežo pomoči, podpore, svetovanja in zdravljenja. V slovenskem prostoru se je razvila široka paleta programov za pomoč materam z obporodnimi stiskami, npr. društvo Naravni začetki, mamaZOFA, društvo DAM in druga (4, 6).

2 NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA

Pri pregledu literature smo ugotavljali porast PPD, s katero se soočajo PMS na terenu. Namen diplomske naloge je predstaviti sistematično obravnavo pacientke s PPD s pomočjo procesne metode dela v patronažnem varstvu. Glavni cilj, ki ga želimo doseči s preizkušanjem delovanja PMS s pomočjo s pomočjo procesne metode dela pri obravnavi pacientke s PPD, je doseči za pacientko večjo samostojnost, izboljšanje zdravja in jo usmeriti k pozitivnem odnosu do lastnega zdravja.

Postavili smo si raziskovalno vprašanje:

- Kako lahko PMS s procesno metodo zdravstvene nege vplivajo na izboljšanje kakovosti obravnave pacientke s PPD ?
- Kako PMS izboljša obravnavo pacientke s PPD ob uporabi teorije Virginije Henderson in modela Dorothee E. Orem ?

3 MATERIALI IN METODE DELA

Pri izdelavi diplomske naloge smo uporabili kvalitativno metodo raziskovanja in izvedli študijo primera. Podatke smo pridobili z intervjujem in s pregledom zdravstvene in negovalne dokumentacije ter z opazovanjem. Na podlagi pridobljenih podatkov bomo predstavili obravnavo pacientke s PPD obravnavano s strani PMS v domačem okolju. Študijo primera smo oblikovali na podlagi teorije Virginije Henderson in modelom Dorothee E. Orem.

Zaradi upoštevanja etičnih načel smo pred pričetkom zbiranja podatkov pridobili soglasje pacientke, katera je podpisala izjavo o privolitvi za sodelovanje v raziskavi – študiji primera. Pacientka biva na terenskem območju, ki ga pokriva Zasebna patronažna služba Mirjam Glažar, od katere smo pridobili dovoljenje za uporabo podatkov iz zdravstveno-negovalne dokumentacije. Zaradi varovanja podatkov in pacientke v študiji primera ne navajamo kraja. Vse pridobljene izjave, soglasja in dovoljenja niso priloga diplomske naloge. Kot avtorica diplomske naloge sem tudi podpisala izjavo o varovanju osebnih in drugih zaupnih podatkov.

3.1 Potek dela pri zbiranju podatkov

Kot vir dokumentarnega gradiva smo uporabili Materinsko knjižico, obrazec DZS 8,72-Prijava poroda, odpustnico iz porodnišnice. Pridobljeno je bilo soglasje pacientke in partnerja za izvedbo študije primera. S pacientko in partnerjem je bil izveden intervju, ki je bil opravljen na njihovem domu po predhodnem dogovoru. Intervju je bil izveden z vnaprej pripravljenimi vprašanji, s katerimi smo se vključili v sproščen pogovor s svojci. Pridobljene podatke smo s soglasjem pacientke in partnerjem zapisovali med pogovorom. Na ta način so bili pridobljeni podatki o poteku nosečnosti, poroda in poporodnem obdobju. Pridobili smo tudi pomembne podatke o duševnem zdravju pacientke, o predhodni duševni stiski in o poteku in razvoju PPD.

V času izvedbe študije primera je bila pacientka vodena po procesu zdravstvene nege v časovnem obdobju treh tednov. Pacientko smo prvič obiskali na domu takoj naslednji dan po odpustu iz Porodnišnice Izola. V prvem tednu smo izvedli tri obiske, ker so se pojavile večje potrebe po patronažni zdravstveni negi. V drugem in zadnjem tednu smo pacientko spremljali vsak dan. Skupno smo pacientko in njenega otroka obiskali na domu štirinajstkrat. V tem obdobju smo s pacientko vzpostavili terapevtsko komunikacijo in uporabili metodo opazovanja s popolno udeležbo.

4 REZULTATI

4.1 Anamneza

Pacientka je stara 33 let. Po izobrazbi je frizerka, je brezposelna. Partner ima 44 let, je redno zaposlen. Ker je po poklicu trgovski potnik, je več dni odsoten od doma. Živita v manjšem podnajemniškem stanovanju, bivalne razmere so zadovoljive, problem jim predstavlja le pomanjkljiva dnevna svetloba, ker ima stanovanje samo eno manjše okno. Vložila sta vlogo na Občino za dodelitev neprofitnega stanovanja. Ker je pacientka brezposelna, se srečujeta tudi s finančnimi težavami, tako da so jim v pomoč partnerjevi starši. Pacientka s strani svoje družine nima nobene podpore in pomoči, tako da so prisotne slabe ekonomske pa tudi socialne razmere.

4.1.1 Podatki o poteku nosečnosti

Pacientka pove, da je nosečnost potekala brez težav, čeprav je bila nenačrtovana. Nenačrtovano nosečnost je doživljala kot stresno obdobje, novo situacijo je sprejela z mešanimi občutki, na začetku je občutila veliko breme, strah, jezo in številne dvome, po drugi strani pa jo je pričakovanje otroka osrečevalo. S partnerjem sta v tem času doživljala manjšo partnersko krizo, ki sta jo prebrodila. To je njena druga zaporedna nosečnost, pred dobrim letom je zanosila, vendar sta se z partnerjem odločila za umetno prekinitev nosečnosti. Ginekologa je v tej nosečnosti redno obiskovala. V začetku nosečnosti je bila hospitalizirana v bolnišnici zaradi nosečnostnega bruhanja in slabosti (hiperemesis gravidarum), ki je bilo izraženo v tako hudi meri, da so bile koncentracije elektrolitov tako spremenjene, da je bilo potrebno parenteralno zdravljenje dehidracije z infuzijami. V 33. tednu je bila ponovno hospitalizirana zaradi bolečin v trebuhu in manjše krvavitve. Razvad v času nosečnosti ni opustila, na dan je kadila od 8 do 10 cigaret. S partnerjem se predavanj v materinski šoli nista udeležila.

4.1.2 Podatki o poteku poroda

Pacientka je bila hospitalizirana 4 dni, rodila je zdravega novorojenca. **Porod je trajal 9 ur, zaradi kronično ogroženega ploda so napravili porod s pomočjo vacuuma.** Med porodom so nastale poškodbe porodne poti napravili so epiziotomijo. Postpartalni potek je potekal brez posebnosti. Sama porod opiše kot zelo neprijetno izkušnjo, ki je povezana z občutkom tesnobe in strahu. Glede poroda je imela drugačna pričakovanja, vse se je okrog nje odvijalo brez njenega nadzora. Ker so bili popadki zelo boleči, je velikokrat zelo vpila, s takim obnašanjem pa je naletela na veliko neodobravanje s strani zdravstvenega osebja. Počutila se je zelo osamljeno in prepuščeno samo sebi, zelo si je želela, da bi imela spremstvo v porodni sobi, vendar je bil partner na službeni poti.

4.1.3 Podatki o poporodnem obdobju

Pri pacientki smo med obravnavo zasledili simptome, ki so značilni za pojav PPD, in sicer: pretirana zaskrbljenost, utrujenost, motnje spanja in pomanjkanje apetita. Izražala je občutke krivde, ki so prerasli v oviro in začeli vplivati na njeno dobro počutje in vsakodnevno delovanje. Ob tem je težko razvila ustrezno vez z otrokom, kar je še dodatno povzročilo močne občutke krivde in razočaranje. Prav tako je imela težave z vzpostavitvijo primernega odnosa s partnerjem.

4.2 Proces patronažne zdravstvene nege pacientke s poporodno depresijo

Podatke smo pridobili iz zdravstveno-negovalne dokumentacije, iz pogovorov s pacientko in svojci oz. partnerjem ter z aktivno udeležbo in opazovanjem. Uporabljena je bila terapevtska komunikacija, s pomočjo katere smo vzpostavili ustrezen odnos. Pacientko smo v času raziskave po procesni metodi dela obravnavali tri tedne. Oceno potreb in negovalnih problemov smo ugotavljali s pomočjo štirinajstih življenjskih aktivnosti, kot jih opisuje teorija Virginie Henderson. Teoretični model Dorothee E. Orem smo uporabili za oceno sposobnosti samooskrbe.

4.3 Ugotavljanje negovalnih problemov pri pacientki s poporodno depresijo

V fazi ocenjevanja smo za zbiranje podatkov in kot orodje za ocenjevanje problemov uporabili študijski obrazec Negovalna dokumentacija zdravstvene nege.

4.4 Ocena stanja po življenjskih aktivnosti Virginie Henderson

Ugotavljali smo negovalne probleme pri vseh štirinajstih osnovnih življenjskih aktivnostih.

4.4.1 Normalno dihanje

Pri dihanju je samostojna, diha s frekvenco 18 vdihov na minuto. Dihanje je primerno polnjeno, enakomerno.

4.4.2 Ustrezno prehranjevanje in pitje

Pacientka si doma kuha sama, občasno ji kuha in prinaša na dom hrano partnerjeva mati. Ima slab apetit, hrana ji zaudarja, poroča, da jo tišči v želodcu. Vzrok pomanjkanja apetita vidi v čustvenem stresu. Dnevno ima dva obroka: kosilo in popoldansko malico, zjutraj običajno popije dve kavi, nima navade zajtrkovati. Dnevno popije cca 1,5 do 2 litra tekočine, najraje pije gazirane in energijske pijače. Sadje in zelenjavo uživa zelo redko, 1-krat do 2-krat na teden. Najraje uživa hitro prehrano (npr. vso ocvrto hrano in močno začinjeno hrano, ocvrti krompir, pizze, hamburgerje in razne sladice).

4.4.3 Izločanje telesnih izločkov

Vzorec odvajanja blata je 1-krat na 3 do 4 dni, pred tem je odvajala redno vsak dan. Poroča, da ima napet trebuh, odvaja bolj trdo in suho blato. Pove, da jo je strah in da ni sproščena med samim odvajanjem zaradi epiziotomijske rane, pa še hemoroidi ji povzročajo težave. Urinira redno, večkrat na dan, težav glede izločanja urina nima. Čišča je še krvava, količina izcedka je veliko manjša, ni nobenih primesi in ne zaudarja, predloge si večkrat dnevno menja.

4.4.4 Gibanje in zavzemanje zelenega položaja

Giba se bolj malo, večinoma se najraje zadržuje v stanovanju, hoja je počasna, skoraj lenobna, večinoma leži v postelji, težko sedi zaradi epiziotomijske rane. Sama vidi vzrok za nezadostno gibanje v fizični in psihični izčrpanosti, toži, da je zelo utrujena in šibka, manjka ji moči in energije. Pred tem je redno skrbela za svojo telesno kondicijo, ukvarjala se je z nordijsko hojo in plesom, sedaj do teh aktivnosti ne čuti zanimanja. Z otrokom gre ven na krajši sprehod enkrat do dvakrat na teden, kar pa ji ne pomeni sprostitve, ampak prisilo s strani partnerja. Trening mišic medeničnega dna ne izvaja, ker zanje ni dovolj motivirana.

4.4.5 Spanje in počitek

Spanje je moteno, ponoči se večkrat prebudi, da podoji otroka, nato ne more več nazaj zaspati. Ponoči spi v celoti cca 3 do 4 ure, podnevi občasno zadrema, ko otrok spi. Zjutraj težko vstane, je psihično in fizično utrujena in brez volje. Okrog oči ima temne udrte kolobarje, pogosto zeha, je razdražljiva in raztresena.

4.4.6 Izbira ustreznih oblačil, oblačenje in slačenje

Pri oblačenju ji slačenju je popolno samostojna. Oblači se v oblačila, ki so iz pralnih materialov in primerne velikosti. Uporablja spodnje perilo iz bombaža, ki ga menja vsaj enkrat na dan. Preko dneva je večinoma oblečena v spalno srajco in jutranjko.

4.4.7 Vzdrževanje normalne telesne temperature s primernim oblačenjem in prilagajanjem okolja

Pri pacientki ni opaznih odstopanj od normale (36,2–36,8). Pregled dojk ni pokazal znakov mastitisa, opazne so le ragade na desni dojki, čišča se celi brez posebnosti, epiziotomijska rana ne kaže znakov vnetja.

4.4.8 Vzdrževanje telesne čistoče in urejenosti

Je popolnoma samostojna pri izvajanju aktivnosti. Prha se redno, vsaj enkrat na dan, pogosto menjuje higienske vložke. Ker ima epiziotomijsko rano, je pozorna, da je presredek ves čas

celjenja čist in suh, po vsakem odvajanju blata in uriniranju si umije spolovilo z mlačno vodo. Dojke so boleče, bradavice so boleče in razpokane, uporablja modrček s posebnimi blazinicami. Okrog anusa ima hemoroide, po vsakem odvajanju se umije s hladno vodo, za nego uporablja Factu mazilo in hladne obkladke. Izgled spodnjih okončin pokaže, da so noge dobro negovane, ni vidnih varic.

4.4.9 Izogibanje nevarnostim v okolju in preprečevanje ogrožanja drugih

Pacientka ni neposredno ogrožena zaradi padcev ali nevarnosti okužb. Ker doživlja duševno stisko, obstaja nevarnost za avto- oz. heteroagresivno dejanje. Do sebe je zelo kritična, doživlja strahove in negativna čustva, zato je potreben skrben nadzor in opazovanje njenega počutja. Sovražnih misli do otroka ne izraža, njeno vedenje do otroka ne kaže agresivnosti, čeprav je do otroka zadržana. Velik problem pa predstavlja pomanjkanje občutka varnosti, ki ga izraža pacientka v partnerski zvezi.

4.4.10 Komunikacija z drugimi – izražanje čustev, potreb in mnenj

Verbalno komunicira, je pismena, nekoliko bolj zadržana in nezaupljiva zaradi duševne stiske, ki jo doživlja. Občasno je prestrašena, zaskrbljena in nervozna. Potrebuje čas, da se sprosti in da steče pogovor. Tudi neverbalna komunikacija razkriva njeno stisko, in sicer skriva svoj obraz, izogiba se očesnim stikom, ima upognjeno glavo in povešena ramena, zelo malo se smeje, pogosto joka. Izraža občutek nemoči in manjvrednosti, ker ni sposobna ustrezno skrbeti zase in za svojega otroka. Materinstvo doživlja z različnimi čustvi, želi si biti »popolna mati«, po drugi strani pa ji otrok predstavlja neko vrsto ovire, preveliko odgovornost. V novi vlogi se počuti utesnjeno, ker pa tako čuti, se počuti krivo, nemočno in popolnoma nesposobno biti mati. V odnosu do otroka je zadržana, zelo malo ga pestuje, malo ga boža ali mu kaj prijetnega pripoveduje, po podoju ga kar hitro odmakne stran od sebe, kadar otrok zajoka, je nejevoljna. S partnerjem v odnosu ni sproščena, njun pogovor je zelo uraden, hladen, brez izkazovanja ljubezni in naklonjenosti. Svojih strahov in dvomov partnerju ne izpoveduje, ker pravi da je tako ali tako ne razume. Kadar nastopi problem, se ne znata pomeniti, ampak se prepirata, zmerjata ali obtožujeta drug drugega. Sedaj, po porodu pa se partner kar pobere od doma in pride nazaj naslednji dan ob jutru. Čustveno oporo dobi od prijateljice, s katero je v dobrih odnosih.

4.4.11 Verovanje glede na osebno prepričanje

Po verskem prepričanju je muslimanka, sama ne čuti potrebe po duhovnem življenju.

4.4.12 Opravljanje dela, ki nudi zadovoljstvo in uspeh

Prosti čas, ko otrok spi, izkoristi za počitek. Ni zainteresirana za nobeno ustvarjalno zaposlitev, ker pravi da je preveč preobremenjena z gospodinjskimi opravili in negovanjem otroka. Veselje je pred tem imela v izvajanju manikure na domu.

4.4.13 Igranje in vključevanje v različne oblike rekreacije

Že v času nosečnosti je opustila rekreacijo, in sicer nordijsko hojo in ples. Sedaj nima interesa se vključevati v kakršne koli oblike rekreacije.

4.4.14 Učenje, odkrivanje novega, kar vodi v normalen razvoj in zdravje

Pacientka novo nastale razmere v družini razume, čeprav jih trenutno doživlja kot veliko obremenitev. Zaveda se, da bosta morala s partnerjem sprejeti starševstvo in oba odgovorno izpeljati svojo vlogo, kot mati in oče. Seznanjena je s fiziološkimi spremembami, ki so značilni za poporodno obdobje. Sama še ni v polni meri sposobna samoopazovanja, potrebuje pomoč pri reševanju duševne stiske, ki jo doživlja. Duševno stisko doživlja še precej nekritično, kot velik neuspeh, sramoto in ponižanje. Da potrebuje ustrezno zdravljenje duševne stiske, spoznava vsak dan počasi. Otroka je sposobna oskrbeti v celoti sama, potrebuje še pomoč in svetovanje. Potrebuje učenje o pomenu zdrave prehrane, negativnemu vplivu kajenja na zdravje, pomenu dojenja, seznanitev s sodobnimi metodami za uravnavanje rojstev in pomen zdravih odnosov v družini.

4.5 Ocena sposobnosti samooskrbe po teoretičnem modelu Dorothee E.

Orem

S pomočjo ocene sposobnosti samooskrbe smo ugotavljali zmožnosti samooskrbe, primanjkljaj samooskrbe, odklone od zdravja ter glede na ugotovljen primanjkljaj potreben sistem zdravstvene nege.

4.5.1 Splošna samooskrba

Zaradi duševne stiske v poporodnem obdobju pacientka v vsakdanjem življenju sama ne more zadovoljiti vseh splošnih potreb po samooskrbi. Potrebe splošne samooskrbe, ki jih ne zadovoljuje v celoti, so sprejem zadostne količine hrane, zadovoljivo izločanje, uravnotežena aktivnost in počitek, ravnovesje med samoto ter družabnim življenjem in delovanjem in preprečevanje nevarnosti, ki ga ogrožajo.

4.5.2 Razvojna samooskrba

Ni se sposobna prilagoditi na spremenjeno življenjsko situacijo, kot je starševstvo. Zaradi duševne motnje sama ni sposobna preprečevati škodljivih vplivov na svoje zdravje.

4.5.3 Odkloni od zdravja

Zdravstvene težave in odkloni od zdravja se kažejo predvsem na področju duševnega zdravja (čustvovanje, komuniciranje, samospoštovanje in psihofizično počutje).

Pri pacientki je ugotovljen *primanjkljaj v samooskrbi*, zato so potrebne terapevtske aktivnosti patronažne zdravstvene nege. Primanjkljaj v samooskrbi je izražen na področju prehranjevanja, odvajanja in izločanja, spanja in počitka in komuniciranja. Aktivnosti so usmerjene v povrnitev ravnovesja v samooskrbi. Ugotovljena je bila potreba po vodenju in usmerjanju ter predvsem potreba po psihični podpori in učenju. Zaradi neustreznega partnerskega oz. družinskega odnosa je bila ugotovljena potreba po zagotavljanju okolja, ki omogoča in podpira osebni razvoj.

4.5.4 Sistem zdravstvene nege

Glede na ugotovljen primanjkljaj v samooskrbi in oceni sposobnosti izvajanja samooskrbe smo načrtovali *podporno vzgojno-izobraževalni sistem zdravstvene nege*, ker je pacientka delno sposobna, more in sme izvajati aktivnosti samooskrbe, vendar pa potrebuje svetovanje, učenje, vodenje, nadzor in pomoč pri zagotavljanju primerne okolja, ki ji bo nudil vzpodbudo in podporo.

4.6 Ugotavljanje potreb po patronažni zdravstveni negi (PES)

V Preglednici 4 prikazujemo izpostavljene probleme, proučevanje primera.

Preglednica 4: Ugotavljanje potreb po patronažni zdravstveni negi (PES)

PROBLEM/POTREBA	ETIOLOGIJA	SIMPTOMI IN ZNAKI
Uživanje premalo hrane v primerjavi z metabolitičnimi potrebami.	<ul style="list-style-type: none"> - Čustveni stres, - pomanjkanje apetita, - spremenjen občutek okusa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dnevno ima dva obroka (kosilo in popoldansko malico), - uživa nezdravo prehrano (najraje je hitro prehrano, ne uživa skoraj nič sadja in zelenjave), - hrana ji zaudarja, - poroča, da je utrujena, brez energije in moči.
Prekinjeno trajanje in kvaliteta spanja, kar povzroča neugodje in motnje dnevnih aktivnosti.	<ul style="list-style-type: none"> - Duševna stiska, - spremenjen življenjski stil, - prebujanje ponoči za nočno hranjenje otroka. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pred spanjem se težko pomiri in sprosti, ker je zaskrbljena, - ponoči spi cca. 3–4 ure, se pogosto prebujata, - poroča, da je utrujena in preobremenjena, - je razdražljiva in raztresena, pogosto zeha, - ima temne kolobarje okrog oči, - zjutraj težko vstane, preko dneva zadrema ali pa poležava v postelji.
Znižana frekvenca izločanja blata, ki jo spremlja težavno ali nepopolno izločanje trdega, suhega blata.	<ul style="list-style-type: none"> - Premalo gibanja preko dneva, - uživanje prehrane brez balastnih snovi, - hemoroidi in epiziotomijska rana, - čustven stres (nezmožnost sprostitve med odvajanjem), - pomanjkanje apetita. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka odvaja povprečno 1-krat na dan v razmiku 3–4 dni v tednu, pred tem je odvajala redno vsak dan, - odvaja suho in trdo blato, - poroča da ima napet trebuh, - po odvajanju ima občutek, da je nepopolno spraznjeno črevo.
Nizko vrednotenje samega sebe v določeni situaciji	<ul style="list-style-type: none"> - Nesprejemanje nove situacije in težko soočanje z vlogo matere, - pomanjkanje priznanja in naklonjenosti s 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka sama sebe ocenjuje kot neuspešno in nesposobno za materinstvo, - zaradi duševne stiske in čustev, ki ji

	<p>strani partnerja in družine,</p> <ul style="list-style-type: none"> - pomanjkanje socialne opore. 	<p>doživlja do otroka se počuti nemočno in nekoristno,</p> <ul style="list-style-type: none"> - izraža občutek krivde in sramu, - med pogovorom je zadržana, skriva svoj obraz, izogiba se očesnega kontakta, ima upognjeno glavo in povešena ramena.
Prevladujoči občutek izčrpanosti, zmanjšana sposobnost za normalne telesne in duševne aktivnosti.	<ul style="list-style-type: none"> - Slabo prehranjevanje, zmanjšan apetit, - spremenjen vzorec spanja, - slaba telesna kondicija, - telesni napor in duševna stiska, - nima pomoči pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka poroča, da je utrujena in zaspana, - je brez volje, aktivnosti, ki so jo prej osrečevale, jo ne veselijo več, - pritožuje se zaradi pomanjkanja moči in energije, je raztresena in razdražljiva, - pravi, da je preveč izčrpana in šibka in se zato najraje zadržuje doma (večinoma poležava v postelji).
Stanje, kjer je možen vzrok pri materi ali otroku za oteženo dojenje.	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka je psihično in fizično preobremenjena, - se nepravilno in nezadostno prehranjuje, - bradavice so boleče in razpokane, - pacientka ni zainteresirana za dojenje, - uporablja nepravilno tehniko dojenja, - glede dojenja je slabo zdravstveno prosvetljena. 	<ul style="list-style-type: none"> - Izraža bolečino pri dojenju, - je brez apetita, - poroča, da je utrujena in naveličana podojev ponoči, ker si želi spati, - čeprav doji preko dneva pokadi cca 10 cigaret, kajenja ne namerava opustiti, - mleka ima dovolj, ampak je vseeno začela dodajati dodatek.
Stanje, kadar člani družine in neposredna okolica ne znajo ali ne morejo uspešno medsebojno komunicirati in reševati problemov.	<ul style="list-style-type: none"> - Družina ima stanovanjsko in ekonomsko krizo, - pacientka je brezposelna, - partnerja imata neenakomerno razdeljene dolžnosti v družini, - partnerja doživljata v odnosu krizo (se čustveno in duhovno ne ujemata). 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka se pritožuje, ker imata nerešene probleme iz preteklosti, - pacientka izraža preobremenjenost pri skrbi za otroka, partner se ne vključi v skrb in negovanje otroka, - svoja čustva, strahove, dvome in pričakovanja ne izpove partnerju, ker je ta ne razume, - s partnerjem imata hladen odnos, nista sposobna sproti reševati konfliktov, ampak se veliko prepirata, zmerjata in obtožujeta.

4.7 Postavitev negovalnih diagnoz, načrtovanje, izvajanje in vrednotenje

Preglednica 5: Negovalna diagnoza: Neuravnotežena prehrana, manj kot telo potrebuje (53)

Problem / Potreba	Etiologija	Simptomi in znaki
Uživanje premalo hrane v primerjavi z metabolitičnimi potrebami	<ul style="list-style-type: none">- Čustveni stres,- pomanjkanje apetita,- spremenjen občutek okusa	<ul style="list-style-type: none">- Dnevno ima dva obroka (kosilo in popoldansko malico),- uživa nezdravo prehrano (najraje je hitro prehrano, ne uživa skoraj nič sadja in zelenjave),- hrana ji zaudarja,- poroča, da je utrujena, brez energije in moči.
Negovalna diagnoza (ND)		
NEURAVNOTEŽENA PREHRANA, MANJ KOT TELO POTREBUJE		
Cilji zdravstvene nege		
Kriteriji:	Končni cilj(i):	
<ul style="list-style-type: none">- razumela bo naše nasvete in navodila o pomenu redne in zdrave prehrane,- pacientka bo poznala načela zdrave prehrane,- bo poznala pomen zdrave prehrane za dojenje, otroka doji na 4-5 ur, vzporedno dodaja dodatek, otroku zagotavlja dovolj mleka,- ITM 18,7 (normalna teža)	<ul style="list-style-type: none">- pacientka bo imela dnevno pet obrokov,- imela bo več energije in moči za vsakodnevne aktivnosti,- uživala bo zdravo uravnouteženo prehrano, iz jedilnika bo izločila nezdravo prehrano,- pridobila bo na apetitu.	
Intervencije zdravstvene nege		
Samostojne aktivnosti:	Kolaborativne aktivnosti:	Zdravstveno – vzgojno delo:
<ul style="list-style-type: none">- pacientko vzpodbujamo, da ima dnevno pet obrokov, količinsko naj je kolikor zmore,- poučimo jo, naj uživa zdravo varovalno hrano: bogato s sadjem, zelenjavo, beljakovinsko živilo in izdelke iz žit,- izogibala se bo nezdravi prehrani, ki vsebuje nasičene maščobe (mastno meso in mesne izdelke, polnomastno mleko in mlečne izdelke),- poučena bo o prehrani, ki pomaga pri uravnovešanju razpoloženja (npr. izdelki iz polnovredne moke: rjavi riž, pira, proja, ajdova kaša, izdelki bogati z železom, vitamin C in vitamini skupine B: rdeče meso, tuna, stročnice, zelenolistna solata, semena, ribe, žita, citrusi, brokoli, jajca, jagodičevje, šipek, češnje ...),- izogibala se bo izdelkom iz sladkorja, bele moke iz različnih žit (npr. belemu kruhu, testeninam iz bele moke, pecivu iz omenjenih sestavin), ker se po zaužitju hitro dvigne raven sladkorja v krvi, in tudi hitro nazaj pade, kar lahko še dodatno pripomore k občutku, da je brez energije,- svetujemo, da uživa pitje hranljivih napitkov,- motiviramo, da preneha ali zmanjša kajenje cigaret in pitje kave, ker ji to daje lažen občutek sitosti.		<ul style="list-style-type: none">- pacientko poučiti o pomenu zdrave prehrane (ustrezna prehrana tudi količinsko daje energijo in moč, še posebno je hrana pomembna pri dojenju ker prispeva k hitrejši izrabi odvečnih maščob in znižuje telesno težo),- seznaniti pacientko, da si tudi s prehrano olajša zdravljenje duševne stiske.
Vrednotenje		
Kriteriji:	Končni cilj(i):	
<ul style="list-style-type: none">- pacientka je razumela naše nasvete in navodila o zdravi prehrani.	<ul style="list-style-type: none">- pacientka ima dnevno pet obrokov, pridobila je več energije in moči,- iz prehrane je izločila nezdrava živila, nekoliko je pridobila na apetitu.	

Preglednica 6: Negovalna diagnoza: Spanje, motnje spanja (53)

Problem/Potreba	Etiologija	Simptomi in znaki
Prekinjeno trajanje in kvaliteta spanja, kar povzroča neugodje in motnje dnevnih aktivnosti	<ul style="list-style-type: none">- Duševna stiska,- spremenjen življenjski stil,- prebujanje ponoči za nočno hranjenje otroka.	<ul style="list-style-type: none">- Pred spanjem se težko pomiri in sprosti, ker je zaskrbljena,- ponoči spi cca 3-4 ure, se pogosto prebujata,- poroča, da je utrujena in preobremenjena,- je razdražljiva in raztresena, pogosto zeha, ima temne kolobarje okrog oči,- zjutraj težko vstane, preko dneva zadrema ali pa poležava v postelji,- preko dneva popije tudi tri kave in energijske pijače.
Negovalna diagnoza (ND)		
SPANJE, MOTNJE SPANJA		
Cilji zdravstvene nege		
Kriteriji:	Končni cilj(i):	
<ul style="list-style-type: none">- izključila bo vse moteče in hrupne dejavnike, ki vplivajo na kvaliteto spanja.	<ul style="list-style-type: none">- pacientka bo spočita in naspana,- ponoči bo spala vsaj šest ur,- predvsem pa bolj psihično pomirjena.	
Intervencije zdravstvene nege		
Samostojne aktivnosti:	Kolaborativne aktivnosti:	Zdravstveno-vzgojno delo:
<ul style="list-style-type: none">- pacientka bo pred spanjem uporabila relaksacijske tehnike za sprostitvev in pripravo na spanec,- svetujemo ji, da si zagotovi dovolj neprekinjenega spanca (s partnerjem naj se dogovori za razporeditev noči za hranjenje otroka, preko dneva naj si uredi varstvo otroka za nekaj ur, da se bo lahko sprostila in dobila na moči),- odsvetujemo ji pitje kave in energijskih pijač proti večeru (kofein slabo vpliva na spanje), svetujemo ji, da pred spanjem popije čaj npr. kamilico, meto, baldrijan ...,- odsvetujemo ji kajenje pred spanjem, ker ima nikotin poživiljajoč učinek (zadnjo cigareto naj prižge vsaj dve uri pred odhodom v posteljo),- pred spanjem naj poje lahko večerjo,- motiviramo jo, da je preko dneva telesno bolj aktivna, kar pripomore k boljšemu spanju (vsaj 1-krat na dan naj gre na sprehod, naj pleše, izvaja poporodno vadbo).		<ul style="list-style-type: none">- pacientko poučiti, kako lahko sama vpliva na kvaliteto svojega počitka in spanca (s prenehanjem pitja kave in energijskih pijač v poznih popoldanskih urah, z ustrezno mikroklimo v prostoru, z razporeditvijo noči za hranjenje otroka, pred spanjem bo uporabila relaksacijske tehnike, preko dneva bo telesno aktivna in bo poskrbela za počitek).
Vrednotenje		
Kriteriji:	Končni cilj(i):	
<ul style="list-style-type: none">- pred spanjem se poslužuje relaksacijskih tehnik za sprostitvev in pripravo na spanec,- pred spanjem poskrbi za vse dejavnike, ki vplivajo na kvaliteto spanja	<ul style="list-style-type: none">- pacientka je spočita in naspana,- ponoči spi neprekinjeno cca od štiri do pet ur,- je psihično bolj pomirjena.	

Preglednica 7: Negovalna diagnoza: Obstipacija (53)

Problem/Potreba	Etiologija	Simptomi in znaki
Znižana frekvenca izločanja blata, ki jo spremlja težavno ali nepopolno izločanje trdega, suhega blata	<ul style="list-style-type: none">- Premalo gibanja preko dneva,- uživanje prehrane brez balastnih snovi,- hemoroidi in epiziotomijska rana,- čustveni stres (nezmožnost sprostitve med odvajanjem)- pomanjkanje apetita.	<ul style="list-style-type: none">- Pacientka odvaja povprečno 1-krat na dan v razmiku 3-4 dni v tednu, pred tem je odvajala redno vsak dan,- odvaja suho in trdo blato,- poroča, da ima napet trebuh,- po odvajanju ima občutek, da črevo ni popolnoma spraznjeno.
Negovalna diagnoza (ND)		
OBSTIPACIJA		
Cilji zdravstvene nege		
Kriteriji:	Končni cilj(i):	
<ul style="list-style-type: none">- blato bo med odvajanjem mehko in formirano,- trebuh bo po odvajanju mehak in ne bo več poročala o občutku nepopolno izpraznjenega črevesja.	- pacientka bo odvajala redno, po svojem predhodnem vzorcu.	
Intervencije zdravstvene nege		
Samostojne aktivnosti:	Kolaborativne aktivnosti:	Zdravstveno-vzgojno delo:
<ul style="list-style-type: none">- spremljati odvajanje pacientke,- opazovati epiziotomijsko rano in hemoroide, poučiti o pravilni uporabi predpisanih zdravil s strani ginekologa (Factu mazilo in Xylocain gela, ki olajšata izločanje blata),- svetovati uporabo blagih odvajal (pitje Donata na tešče, namočene slive, laneno seme, uživanje probiotikov),- svetovati uživanje mešane uravnotežene prehrane, ki vsebuje dovolj balastnih snovi in uživanje zadostne količine tekočine preko dneva: 2,5-3 l,- motivirati, da je preko dneva telesno bolj aktivna (vsaj 1-2-krat na dan naj gre hodit).		<ul style="list-style-type: none">- poučiti o pomenu rednega odvajanja, svetovati načine kako preprečiti obstipacijo (z ustrežno prehrano bogato z balastom, uživanje zadostne količine tekočine preko dneva, skrb za redno telesno aktivnost, kar izboljša peristaltiko).
Vrednotenje		
Kriteriji:	Končni cilj(i):	
<ul style="list-style-type: none">- odvaja mehko formirano blato,- trebuha nima več napetega, ne poroča več o občutku polnosti črevesja po odvajanju,- med odvajanjem je bolj sproščena.	- pacientka odvaja vsak dan redno.	

Preglednica 8: Negovalna diagnoza: Samospoštovanje, nizko zaradi določene situacije (53)

Problem/Potreba	Etiologija	Simptomi in znaki
Nizko vrednotenje samega sebe v določeni situaciji	<ul style="list-style-type: none">- Nesprejemanje nove situacije in težko soočanje z vlogo matere,- pomanjkanje priznanja in naklonjenosti s strani partnerja in družine,- pomanjkanje socialne opore.	<ul style="list-style-type: none">- Pacientka sama sebe ocenjuje kot neuspešno in nesposobno za materinstvo,-zaradi duševne stiske in čustev, ki jih doživlja, se do otroka počuti nemočno in nekoristno,- izraža občutek krivde in sramu,- med pogovorom je zadržana, skriva svoj obraz, izogiba se očesnemu kontaktu, ima upognjeno glavo in povešena ramena.
Negovalna diagnoza (ND)		
SAMOSPOŠTOVANJE, NIZKO ZARADI DOLOČENE SITUACIJE		
Cilji zdravstvene nege		
Kriteriji:	Končni cilj(i):	
<ul style="list-style-type: none">- pacientka bo pridobila na samozavesti,- izgubila bo občutek krivde in sramu zaradi pojava PPD,- pridobila bo znanje o svoji bolezni, kar ji bo olajšalo lažje vrednotenje sebe in spoprijemanje z novo situacijo.	- dvig samospoštovanja.	
Intervencije zdravstvene nege		
Samostojne aktivnosti:	Kolaborativne aktivnosti:	Zdravstveno-vzgojno delo:
<ul style="list-style-type: none">- vzpodbujanje k samozavesti,- psihična podpora pacientki,-pozitivna vzpodbuda,- omogočanje, da pacientka sama izrazi mnenje o sebi, svoji bolezni,- motiviramo, da izrazi svoja čustva, želje, strahove in dvome, ki jih doživlja,- svetujemo, da svojo stisko pove partnerju in se bo s tem razbremenila.	<ul style="list-style-type: none">- pogovor s pediatrom in psihologom,- obisk psihiatra.	<ul style="list-style-type: none">- pacientko poučiti, da bo znala poskrbeti zase in za svojega otroka in s tem pridobila na samozavesti,- motivirati, da razmišlja pozitivno o sebi in materinstvu,- spodbujati, da ohranja socialne stike (obiski, druženje).
Vrednotenje		
Kriteriji:	Končni cilj(i):	
<ul style="list-style-type: none">- pacientka se trudi razmišljati pozitivno o sebi in vlogi materinstva,- lažje razume svojo bolezen in se nekoliko lažje spoprijema z novo situacijo.	- v proučevanem obdobju ni bil dosežen cilj.	

Preglednica 9: Negovalna diagnoza: Utrujenost (53)

Problem/Potreba	Etiologija	Simptomi in znaki
Prevladujoč občutek izčrpanosti, zmanjšana sposobnost za normalne telesne in duševne aktivnosti	<ul style="list-style-type: none">- Slabo prehranjevanje in zmanjšan apetit,- spremenjen vzorec spanja,- slaba telesna kondicija,- telesni napor in duševna stiska,- nima pomoči pri opravljanju vsakodnevnih aktivnostih.	<ul style="list-style-type: none">- Pacientka poroča, da je utrujena in zaspana,- je brez volje, aktivnosti, ki so jo prej osrečevale, je ne veselijo več,- pritožuje se zaradi pomanjkanja moči in energije,- je raztresena in razdražljiva,- pravi, da je izčrpana in šibka, zato se najraje zadržuje doma (večinoma poležava v postelji).
Negovalna diagnoza (ND)		
UTRUJENOST		
Cilji zdravstvene nege		
Kriteriji:	Končni cilj(i):	
<ul style="list-style-type: none">- pacientka bo znala obvladovati simptome utrujenosti,- zmanjšala bo vpliv utrujenosti na kakovost svojega življenja,- z ustreznim prilagajanjem vsakodnevnih življenjskih aktivnosti bo ohranjala svojo energijo in preprečila nepotrebno izgubo energije,- znala bo obvladati stres.	<ul style="list-style-type: none">- pacientka bo poročala, da je manj utrujena in bo sposobna za normalne telesne in duševne aktivnosti preko dneva.	
Intervencije zdravstvene nege		
Samostojne aktivnosti:	Kolaborativne aktivnosti:	Zdravstveno-vzgojno delo:
<ul style="list-style-type: none">- svetujemo, da življenjske aktivnosti preko dneva razporedi po pomembnosti, aktivnosti naj izvede glede na počutje in sposobnost,- vzpodbujamo za ustrezno prehrano (uživanje jedi, ki so bogate z beljakovinami, ogljikovimi hidrati, maščobami, vitamini in minerali, po potrebi uživanje prehranskih dodatkov v obliki napitkov) ter pomen uživanja zadostne količine tekočine preko dneva, ker dehidracija še poveča utrujenost,- poučiti pacientko o metodah za ohranjanje energije in obvladovanja stresa (globoko dihanje, meditacija, avtogeni trening, molitev, poslušanje glasbe, risanje ali druge dejavnosti),- priporočamo skrb za telesno aktivnost, odsvetujemo poležavanje v postelji, ker to še dodatno veča šibkost (priporočamo ji več krajših počitkov čez dan, najprimernejša telesna aktivnost je hoja, ki ji omogoča sprostitev in socializacijo),- svetujemo skrb za nočno spanje,- pacientki predlagamo, da prosi za pomoč partnerja, ko je preveč utrujena, svetujemo delitev nalog predvsem pri gospodinjstvu in skrbi ter negovanju otroka.	<ul style="list-style-type: none">- pogovor s partnerjem in svojci o pomenu pomoči ženski po porodu.	<ul style="list-style-type: none">- poučiti pacientko, kako lahko sama omili občutek utrujenosti (z ustrezno prehrano, z ukrepi za zmanjševanje stresa, z dobrim nočnim spancem, ustreznim dnevnim počitkom in primerno telesno aktivnostjo).
Vrednotenje		
Kriteriji:	Končni cilj(i):	
<ul style="list-style-type: none">- pacientka zna obvladati simptome utrujenosti,- zmanjšala je vpliv utrujenosti na kakovost svojega življenja,- z različnimi tehnikami se trudi obvladati stres (hoja v naravo, druženje s prijateljico, poslušanje glasbe ...).	<ul style="list-style-type: none">- poroča, da je še utrujena in da ni v celoti sposobna obvladati telesne in duševne aktivnosti.	

Preglednica 10: Negovalna diagnoza: Zmanjšana zmožnost dojenja (54)

Problem/Potreba	Etiologija	Simptomi in znaki
Stanje, kjer je za oteženo dojenje možen vzrok pri materi ali otroku.	<ul style="list-style-type: none">- Pacientka je psihično in fizično preobremenjena,- se nepravilno in nezadostno prehranjuje,- bradavice so boleče in razpokane,- pacientka ni zainteresirana za dojenje,- glede dojenja je slabo zdravstveno prosvetljena.	<ul style="list-style-type: none">- Izraža bolečino pri dojenju,- je brez apetita,- poroča, da je utrujena in naveličana podojev ponoči, ker si želi spati,- čeprav doji preko dneva, pokadi cca 10 cigaret, kajenja ne namerava opustiti,- mleka ima dovolj, ampak je vseeno začela dodajati dodatek.
Negovalna diagnoza (ND)		
ZMANJŠANA ZMOŽNOST DOJENJA		
Cilji zdravstvene nege		
Kriteriji:	Končni cilj(i):	
<ul style="list-style-type: none">- odpravljeni bodo vzroki, ki ovirajo dojenje (nepravilno pristavljanje, nepravilno negovanje dojk),- pacientka bo obvladala tehnike dojenja,- ne bo imela bolečih bradavic in bolečin v dojkah.	<ul style="list-style-type: none">- pacientka bo motivirana za ohranjanje dojenja,- otroka bo izključno dojila.	
Intervencije zdravstvene nege		
Samostojne aktivnosti:	Kolaborativne aktivnosti:	Zdravstveno-vzgojno delo:
<ul style="list-style-type: none">- nudimo pomoč ob dojenju in jo seznamimo s tehnikami dojenja,- seznamimo otročnico s težavami pri dojenju in ravnanju ob njih,- poučimo jo o ustrezni negi dojk in bradavic (razpokane in boleče bradavice naj posuši na zraku, pogosto naj si menjuje blazinice za dojenje, svetujemo uporabo školjke za dojenje, da bodo prsi suhe in se nanj ne bodo naselile glivice, predlagamo ji, naj nosi bombažno spodnje perilo, izogiba naj se kopelim, za nego bradavic naj uporablja mazila, ki vsebujejo lanolin, ker ima vdrte bradavice, naj uporablja nastavek in naj si izbrizga mleko, če je dojenje preveč boleče),- seznamimo o pravilni prehrani (uživa naj zdravo, hranljivo in raznoliko hrano, popije naj od 2,5 do 3 litre tekočine na dan, npr. vodo, negazirano mineralno vodo, kompot, nesladkan zeliščni čaj in sadni čaj, čaj za dojenje),- preko dneva naj poskrbi za dovolj počitka in dovolj spanca,- če je preveč izčrpana za nočno hranjenje otroka, naj si mleko prej izčrpa in shrani; tako lahko podporna oseba, npr. partner, hrani otroka z njenim mlekom, medtem si pa lahko ona vzame čas za sprostitev in krepitev moči ali za nekajurni neprekinjen spanec,- poučimo pacientko o pomenu dojenja za njenega otroka (pozitivno vpliva na zdravje, dobi protitelesa, ga varuje pred okužbami, spodbuja pravilen razvoj čeljusti, ustnih mišic in ličnih kosti in ugodno vpliva na razvoj govora, bližina z materjo mu daje občutek varnosti in ljubezni...),- svetujemo ji, da opusti kajenje, ker kajenje zmanjša tvorbo materinega mleka,- poučimo jo o škodljivih vplivih uporabe dud, stekleničk in nadomestkov materinega mleka.		<ul style="list-style-type: none">- poučiti pacientko o prednostih dojenja za njeno telesno in čustveno zdravje (dojenje vpliva na zdravje kratkoročno in dolgoročno: vzpostavlja ravnovesje hormonov, kar izboljša njeno splošno počutje, maternica se hitreje povrne na prvotno velikost, zmanjša se verjetnost hudih porodnih krvavitev, manjša je verjetnost, da bo zbolela za rakom dojke ali rodil, čustvene prednosti dojenja: z otrokom se zbližata, gradi se ljubeče razmerje med materjo in otrokom, hormoni, ki se sproščajo ob dojenju, učinkujejo pomirjujoče in blagodejno, vplivajo na splošno počutje, bolj bo samozavestna in sproščena),- seznaniti o pomenu ustrezne prehrane v času dojenja, o pomenu počitka in spanca, o negativnih vplivih kajenja za dojenje in njeno zdravje nasploh.
Vrednotenje		
Kriteriji:	Končni cilj(i):	
<ul style="list-style-type: none">- odpravljeni so vzroki, ki so ovirali dojenje (nepravilno pristavljanje in nepravilno negovanje dojk),- pacientka obvlada tehnike dojenja,- bradavice niso več razpokane, še vedno pa poroča o bolečih dojkah, seznanjena je o prednostih dojenja zanjo in za otroka.	<ul style="list-style-type: none">- pacientka ni motivirana za ohranjanje dojenja, otroka preko dneva vse manj doji, število podojev je cca od 2-krat do 3-krat, pri vsakem obroku dodaja dodatek.	

Preglednica 11: Negovalna diagnoza: Družina, neurejeni medsebojni odnosi (54)

Problem/Potreba	Etiologija	Simptomi in znaki
Stanje, kadar člani družine in neposredna okolica ne znajo ali ne morejo uspešno medsebojno komunicirati in reševati problemov.	<ul style="list-style-type: none">- Družina ima stanovanjsko in ekonomsko krizo,- pacientka je brezposelna,- partnerja imata neenakomerno razdeljene dolžnosti v družini,- partnerja v odnosu doživljata krizo (se čustveno in duhovno ne ujemata).	<ul style="list-style-type: none">- Pacientka se pritožuje, ker imata nerešene probleme iz preteklosti,- pacientka izraža preobremenjenost pri skrbi za otroka, partner se ne vključi v skrb in negovanje otroka,- svoja čustva, strahove, dvome in pričakovanja ne izpove partnerju, ker je ta ne razume,- s partnerjem imata hladen odnos, nista sposobna sproti reševati konfliktov, ampak se veliko prepirata, zmerjata in obtožujeta.
Negovalna diagnoza (ND)		
DRUŽINA, NEUREJENI MEDSEBOJNI ODNOSI		
Cilji zdravstvene nege		
Kriteriji:	Končni cilj(i):	
<ul style="list-style-type: none">- partnerja bosta pri komunikaciji jasna in iskrena, izrazila bosta svoja čustva in se eden drugega razbremenila,- spremenila bosta način starševstva, predvsem bosta enakopravna in bosta delila moči,- sposobna bosta prepoznati in se soočiti z konflikti v družini.	<ul style="list-style-type: none">- člani družine bodo znali uspešno medsebojno komunicirati in reševati probleme,- člani družine bodo oblikovali zdravo družino, ki bo temeljila na zdravih medsebojnih odnosih.	
Intervencije zdravstvene nege		
Samostojne aktivnosti:	Kolaborativne aktivnosti:	Zdravstveno-vzgojno delo:
<ul style="list-style-type: none">- pomoč pri oblikovanju medsebojnih odnosov v družini,- posredovanje informacij o službah in strokovnjakih, ki jim lahko nudijo strokovno pomoč (družinski psihoterapevt, partnerska in družinska svetovalnica),- pomoč pri reševanju zdravstveno socialnih stanj,- poučimo družino o ustrezni izbiri načina življenja, učenju zdravega življenjskega sloga, ki krepi mentalno zdravje družinskih članov,- poučimo o pomenu upoštevanja individualnih potreb in želja,- motiviramo partnerja, da je pacientki v času, ko sama doživlja hudo duševno stisko, v podporo in pomoč, naj bo potrpežljiv in strpen,- predlagamo mu, da jo spodbuja, si zanjo vzame čas, naj ji pove, da mu je žal, da trpi, naj ji pove, da jo ima rad, da jo ima tudi otrok rad, da je dobra mama, da ni sama kriva za bolezen in da bo ozdravela ...,- poučimo o negativnem vplivu slabih družinskih odnosov na rast in razvoj otroka,- poučimo o načrtovanju družine in načinih uravnavanja rojstev.	<ul style="list-style-type: none">- pogovor s partnerjem in člani družine.	<ul style="list-style-type: none">- seznaniti družino o pomenu ustreznih medsebojnih odnosov, o vplivu neurejenih odnosov na mentalno zdravje celotne družine in sposobnosti za reševanje konfliktov.
Vrednotenje		
Kriteriji:	Končni cilj(i):	
<ul style="list-style-type: none">- partnerja se trudita bolje medsebojno komunicirati, partner se je vključil v skrb in negovanje otroka.	<ul style="list-style-type: none">- družinski člani med seboj bolje komunicirajo in se trudijo skupaj reševati probleme.	

4.8 Zaključna evalvacija patronažne zdravstvene nege

33-letno pacientko smo obravnavali na njenem domu po odpustu iz Porodnišnice Izola, kjer je rodila zdravega novorojenca. Pacientko, novorojenca in njeno družino smo spremljali tri tedne. V tem času smo ugotovili, da imata pacientka in partner slabe ekonomske in socialne razmere. Iz pogovora smo razbrali, da sta v nosečnosti zaradi nenačrtovane nosečnosti doživela tudi partnersko krizo. V času nosečnosti je bila pacientka hospitalizirana zaradi prekomernega bruhanja »hiperemesis gravidarum«, ki je možen pokazatelj, da ženska doživlja visoko stopnjo anksioznosti v nosečnosti. Nosečnost je doživljala kot stres tudi zato, ker ni bila deležna zadostne podpore s strani partnerja in svoje družine. Porod opiše kot neprijetno izkušnjo, vezano na bolečino, strah in občutek osamljenosti. V poporodnem obdobju smo pozornost posvetili prav telesnemu in duševnemu doživljanju pacientke, kar hitro pa smo zasledili duševno stisko, ki se je začela kazati s simptomi, ki so značilni za pojav PPD. Zaradi nezaupljivosti, sramu in strahu, ki ga je doživljala pacientka zaradi pojava PPD nam je v veliko pomoč prišla terapevtska komunikacija, ki nam je omogočila vzpostavitev tvornega odnosa. Tako smo ugotovili, da je že v mladosti doživela duševno travmo, zaradi ločitve staršev in je že takrat obiskovala psihiatra, vendar ko se je stanje izboljšalo ga ni več obiskovala, pa tudi predpisanih zdravil ni jemala. Prišli smo do pomembnih podatkov in dejavnikov tveganja, ki so lahko privedli do pojava PPD pri pacientki in jih navajajo tudi v literaturi (19, 33, 34):

- slabe ekonomske in socialne razmere,
- slab partnerski odnos in pomanjkanje podpore,
- nenačrtovana nosečnost,
- neprijetna izkušnja poroda,
- duševna travma že v mladosti oz. preteklosti.

Vsi tej zbrani podatki so nam omogočili, da smo pri pacientki dovolj zgodaj odkrili znake PPD ter da smo temu primerno ukrepali in izdelali ustrezen proces patronažne zdravstvene nege oz. načrt obravnave. Zato smo v obravnavo vključili pacientko, njenega otroka in partnerja, ker vemo, da PPD prizadene celotno družino. Ker PMS sodelujemo v multidisciplinarnem timu, smo glede na resnost motnje pri pacientki v obravnavo vključili tako pediatra, ki bo spremljal otroka, ter psihologa in psihiatra. Z izbranim osebnim

zdravnikom je imela pacientka zaupljiv odnos, vendar je bil v času naše obravnave odsoten, tako da je nismo mogli napotiti na pogovor k njemu. Pacientko smo napotili na obravnavo k psihiatru, ta je postavil diagnozo PPD, predpisal ji je ustrezno zdravljenje, psihiatra je v spremstvu partnerja redno obiskovala.

4.8.1 Ocena samostojnosti pri izvajanju življenjskih aktivnosti

Pri ocenjevanju potreb po patronažni zdravstveni negi nam je bilo najpomembnejše vodilo štirinajst življenjskih aktivnosti, ki jih opisuje Virginia Henderson. Pacientka je bila obravnavana individualno, celostno, glede na njene fiziološke, psihološke, sociološke in duhovne potrebe. Ker daje Virginia Henderson velik poudarek komuniciranju z bolnikom, smo uporabili prav besedno in nebesedno komunikacijo, ki nam je omogočila, da je pacientka spregovorila o svojih čustvih, potrebah in željah. Ugotovili smo, da potrebuje pomoč pri zadovoljevanju osnovnih življenjskih potreb, saj ji manjka predvsem moči, volje in znanja. Večina teh aktivnosti je pri pacientki motena, simptomi PPD predstavljajo oviro v vsakodnevnem funkcioniranju. Ovire so se kazale v ustreznem prehranjevanju in pitju, izločanju telesnih izločkov, gibanju, spanju in počitku, varnosti, komuniciranju, opravljanju dela, ki nudi zadovoljstvo, in učenju novega, kar vodi v normalen razvoj in zdravje. Po teoriji Virginie Henderson ima medicinska sestra predvsem vlogo podpiranja pri zadovoljevanja potreb, zato smo aktivnosti patronažne zdravstvene nege usmerili v pomoč, vzpodbudo k aktivnem sodelovanju in včasih tudi izvedli posamezne aktivnosti namesto pacientke. Zdravstveno -vzgojno delo je pri pacientki s PPD ključnega pomena, usmerili smo ga k dvigu duševnega zdravja s poudarkom na zdravem in plodnem življenju.

4.8.2 Ocena sposobnosti samooskrbe

Po teoretičnem modelu Dorothee E. Orem smo ugotovili, da zaradi PPD ni sposobna samostojno izvajati samooskrbe. S pomočjo modela samooskrbe smo ugotovili primanjkljaj pri prehranjevanju, izločanju, spanju in počitku in komunikaciji. Ker so bile potrebe pacientke po samooskrbi večje, kot so njene sposobnosti in zmožnosti, je na tem področju prišlo do primanjkljaja. Zato smo pri obravnavi pacientke s PPD uporabili podporno vzgojno-izobraževalni sistem zdravstvene nege. Ta sistem zdravstvene nege se uporabi takrat, ko je posameznik sposoben, more in sme izvajati aktivnosti samooskrbe, vendar potrebuje pomoč v

obliki svetovanja, učenja, vodenja, nadzor ali pomoč v zagotavljanju primerne okolja, ki nudi vzpodbudo oziroma podporo.

Na podlagi natančne ocene samostojnosti pri izvajanju življenjskih aktivnosti in sposobnosti samooskrbe smo postavili negovalne diagnoze. Negovalne diagnoze so nam predstavljale osnovo za izbor intervencij patronažne zdravstvene nege in za doseg pričakovanih ciljev. Pri izbiri negovalnih diagnoz smo uporabili Priročnik negovalne diagnoze (52) in Priročnik specifične negovalne diagnoze v patronažni zdravstveni negi (53). Postavili smo si naslednje negovalne diagnoze: *Neuravnotežena prehrana, manj kot telo potrebuje; Spanje, motnje spanja; Obstipacija; Samospoštovanje, nizko zaradi določene situacije; Utrujenost; Zmanjšana zmožnost dojenja; Družina, neurejeni medsebojni odnosi*. Glavni cilj obravnave je pomagati pacientki k večji samostojnosti, izboljšanju zdravja in jo usmeriti k pozitivnemu odnosu do lastnega zdravja. Metode dela, ki so nam pri tem pomagale, so: pogovor, ustno razlaganje, demonstracija, praktično delo, preprečevanje, spodbujanje, navajanje in prepričevanje. Intervencije smo zasnovali tako, da smo pacientko vzpodbujali k zdravemu življenjskemu slogu, ki vključuje krepko mero gibanja na svežem zraku, dovolj spanja in počitka, uživanje kakovostne hrane v rednih obrokih, skrb za redno prebavo, posvečanje sami sebi ter razne oblike sproščanja. Dali smo ji nasvete, da bo znala poskrbeti zase in za svojega otroka ter s tem pridobila na samozavesti. Poučili smo jo o prednostih dojenja zanj in za otroka ter motivirali, da opusti razvade (kajenje). Vzpodbujali smo jo, da razmišlja pozitivno o sebi in vlogi materinstva. Z nasveti smo ji olajšali razumevanje bolezni, predstavili smo oblike pomoči, npr. obisk psihologa, psihoterapevta, psihiatra, pogovor z izbranim ginekologom in osebnim zdravnikom, uporaba anonimnih forumov ali vključevanje v skupine za matere z obporodnimi stiskami, predlagali smo ustrezno literaturo. Zelo pomembne so bile intervencije, ki smo jih namenili družini, saj je ravno družina potrebovala največ pomoči, seznanili smo jih tudi o pomenu ustreznih medsebojnih odnosov. Partnerja smo poučili o soočanju s stisko partnerke, da ji bo znal stati ob stani, predvsem pa, da bo znal prepoznati vedenje in znake, ki bi kazali na nevarnost samomora in detomora. Poleg sprotnega vrednotenja je potrebno tudi končno vrednotenje našega dela, saj, kot pravi Virginia Henderson, je to merilo naše uspešnosti in učinkovitosti (49). Pri obravnavi pacientke s PPD smo pri prehranjevanju, motnjah spanja, odvajanju telesnih izločkov in medsebojnih odnosih v družini zastavljene cilje dosegli. To je pokazatelj, da smo negovalne intervencije pravilno zastavili. Pri samospoštovanju, utrujenosti in dojenju pa smo cilje delno dosegli, saj pacientka kljub našim prizadevanjem ni bila motivirana za spremembe in potrebuje še čas, da sprejme svojo bolezen in vlogo matere. Če ciljev ne bi dosegli, bi morali ponovno zbrati podatke,

ponovno preveriti stanje in oblikovati nove cilje ter načrtovati druge intervencije zdravstvene nege.

Vsa čas obravnave je bilo potrebno skrbno opazovanje in nadzor nad vedenjem in duševnem doživljanju pacientke s PPD. Ker je PPD duševna bolezen, zaradi svojih posledic zahteva tudi ustrezno zdravljenje, zato smo pacientko naslovili k psihiatru, ki jo je zdravil v preteklosti. Ta ji je glede na oceno stanja predpisal farmakološko zdravljenje PPD. Ves čas obravnave smo posebno pozornost namenili novorojencu, ki je v tem času zadovoljivo napredoval, pridobil je na telesni teži, bil je dojen in hranjen z dodatkom. Občasno je imel tudi močne kolike, velikokrat je bil jokav in razdražen, zasledili smo, da je bila pacientka velikokrat nejevoljna in nekoliko razdražena, ko je otrok iskal stik z njo. Opazili smo, da je otroka zelo malo pestovala v naročju, božala ali mu kaj prijetnega pripovedovala. O stanju pacientke in novorojenca smo obvestili tudi izbranega pediatra in se dogovorili za predčasen pregled novorojenca v posvetovalnici. Ker smo v času obravnave porabili vso število predpisanih obiskov, kot jih narekuje Uradni list Republike Slovenija (42), smo se s pediatrom dogovorili za izdajo delovnega naloga za merjenje telesne teže pri novorojencu vsak dan, čeprav je bil glavni namen obiskov nadzor nad vedenjem pacientke z otrokom. Vsa opažanja smo skrbno dokumentirali v Patronažni karton družine, v obrazec Poročilo babice, v obrazec Otročnica ter obrazec Socialna anamneza družine. EPDS vprašalnik pacientka v okviru študije primera ni izpolnila.

4.9 Ugotovitve analize študije primera pacientke s poporodno depresijo

Iz študije primera lahko ugotovimo, da je uporaba teorije Virginie Henderson in modela Dorothee E. Orem pri obravnavi pacientke s PPD učinkovita. PMS z uporabo obeh teoretičnih modelov izboljša obravnavo pacientke s PPD, saj ji omogoča, da je ta obravnavana celostno in individualno, z vseh vidikov hkrati. Prav ocena samostojnosti pri izvajanju življenjskih aktivnosti in ocena sposobnosti samooskrbe, poda PMS natančno oceno potreb po patronažni zdravstveni negi. Oba teoretična modela, Virginie Henderson in Dorothee E. Orem, sta uporabna in učinkovita tudi pri izvedbi načrta patronažne zdravstvene nege. Teoriji sta nam bili v pomoč pri celotnem procesu patronažne zdravstvene nege. Oba sistema temeljita na aktivnem vključevanju pacienta v zdravstveno nego in usmerjenost k povrnitvi samostojnosti. Pri pacientki s PPD to pomeni spodbujanje k opravljanju življenjskih aktivnosti in sposobnosti samooskrbe, ki jih lahko opravi sama, saj ji bo to v pomoč, da premaga stanje

odvisnosti od druge osebe, ki jo bolezen povzroča, in da zopet doseže svojo samostojnost. Strokovni pristopi in metode dela, ki PMS omogočijo prepoznavanje in lajšanje duševnih stisk žensk v poporodnem obdobju, so: uporaba procesa zdravstvene nege, terapijska komunikacija in timsko delo v zdravstvenem in multidisciplinarnem timu. Trdimo lahko, da PMS s procesno metodo zdravstvene nege vplivajo na izboljšanje kakovosti obravnave otročnice/pacientke s PPD. Procesna metoda zdravstvene nege PMS omogoča, da pacientko s PPD obravnava individualno, celostno, glede na njene fiziološke, psihološke, sociološke in duhovne potrebe.

5 RAZPRAVA

Pri mnogih ženskah se po porodu pojavijo nerazložljive spremembe razpoloženja, ko so nekaj časa presrečne in zadovoljne s sabo, že drugi trenutek pa se borijo z depresijo. Poporodne duševne motnje so pogoste, še vedno pogosto neprepoznane motnje. S pravočasno diagnostiko in zdravljenjem je mogoče bistveno zmanjšati trpljenje in negativne ali celo tragične posledice poporodnih duševnih motenj, ki vplivajo na vso družino, posebno pa na zdrav razvoj otroka. Poporodne duševne motnje se lahko kažejo na različne načine: poporodna otožnost, poporodna depresija, posttravmatski stresni sindrom po porodu in poporodna psihoza.

PPD je najpogostejša poporodna depresija. Za njo oboleva kar 10–20 % žensk po porodu, tveganje je 25-odstotno če je imela PPD že po prejšnjih porodih. Marsikatera PPD ostane neznana, ker ženska težave skriva in ne poišče pomoči. Ocenjuje se, da kar 50 % PPD zdravstveni delavci ne odkrijejo (3). Glavni problem je prav v slabi prepoznavi njenih znakov. Drugi problem je ta, da so vsi pri obravnavi ženske bolj usmerjeni na telesne težave in pogosto ne zaznajo njenih duševnih stisk (2).

Glede na to, da obstaja veliko dokazov o vplivu obporodnih duševnih težav na zdravje matere in otroka, je potrebno duševnemu zdravju v sklopu reproduktivnega zdravja nameniti večjo skrb. Tako kot na splošno tudi za reproduktivno zdravje velja, da ni zdravja brez duševnega zdravja (7)!

Pomembno vlogo v sklopu reproduktivnega zdravja imajo tudi PMS, ki se z ženskami srečujejo že v času nosečnosti in v poporodnem obdobju.

PMS po odpustu iz porodnišnice prva obišče otročnico, novorojenčka in njeno družino, zato ima prav ona pomembno vlogo pri pravočasnem odkrivanju in ustrezni obravnavi otročnice/pacientke s PPD. S svojo strokovno usposobljenostjo prepozna in lajša duševne stiske, ki jih doživljajo ženske. Njeno delo ni le ugotavljanje telesnega zdravja otročnice in novorojenčka, posebno skrb in pozornost posveča tudi psihičnemu stanju in čustvenemu doživljanju ženske (4).

Ker vemo, da je glavni problem nezdravljene PPD prav v slabi prepoznavi znakov PPD, smo v diplomski nalogi pri obravnavi pacientke ravno temu posvečali pozornost in prišli do pomembne ugotovitve. V poporodnem obdobju smo med obravnavo otročnice/pacientke zasledili simptome, ki so značilni za pojav PPD, in sicer: pretirana zaskrbljenost, utrujenost, motnje spanja in ostali znaki depresije. Izražala je občutke krivde, ki so prerasli v oviro in začeli vplivati na njeno dobro počutje in vsakodnevno delovanje. Ob tem je težko razvila ustrezno vez z otrokom, kar je še dodatno povzročilo močne občutke krivde in razočaranje. Prav tako smo ugotovili, da ima težave z vzpostavitvijo primernega odnosa s partnerjem.

Pomembno je, da vsi sodelujoči v obporodni skrbi poznajo dejavnike tveganja za pojav PPD in s tem lažje razumejo pojav motnje. Med pomembne stresne dejavnike štejemo težke življenjske dogodke, izgubo službe, zdravstvene težave, družinske in zakonske težave, pomanjkanje podpore s strani družine, socialno izolacija in družinsko preobremenjenost z duševnimi motnjami (33). S pomočjo terapevtske komunikacije smo s pacientko vzpostavili pristen medsebojni odnos, ki je temeljil na zaupanju, spoštovanju in empatiji, spodbujali smo jo k izražanju čustev, občutkov in doživljanj. Tako smo prišli do pomembnih podatkov in dejavnikov tveganja, ki so lahko privedli do pojava PPD pri pacientki. Ugotovili smo naslednje dejavnike tveganja za pojav PPD: slabe ekonomske in socialne razmere, slab partnerski odnos in pomanjkanje podpore, nenačrtovana nosečnost, neprijetna izkušnja poroda in pojav duševne motnje že v mladosti oz. preteklosti.

Vsi zbrani podatki so nam omogočili, da smo pri pacientki dovolj zgodaj odkrili pojav PPD ter da smo temu primerno ukrepali in izdelali ustrezen proces patronažne zdravstvene nege.

V diplomski nalogi smo prišli do pomembnih ugotovitev, in sicer da bi z uporabo procesne metode zdravstvene nege PMS vplivale na izboljšanje kakovosti obravnave pacientke s PPD, saj ta metoda dela omogoča, da je pacientka obravnavana celostno in individualno glede na njene fiziološke, psihološke, sociološke in duhovne potrebe. Tako je pacientka obravnavana z vseh vidikov hkrati in se zajamejo ne le fiziološke, ampak tudi pomembne psihološke spremembe, ki jih povzroči PPD.

Ugotovili smo tudi, da je uporaba teorije Virginie Henderson in modela Dorothee E. Orem pri obravnavi pacientke s PPD učinkovita. Teorija Virginie Henderson nam je pomagala prikazati realne potrebe po patronažni zdravstveni negi, saj smo pridobili pomembno oceno

samostojnosti pri izvajanju življenjskih aktivnosti. Ugotovili smo, da potrebuje pacientka pomoč pri zadovoljevanju osnovnih življenjskih potreb, saj ji manjka predvsem moči, volje in znanja. Večina teh aktivnosti je pri otročnici/pacientki motena, simptomi PPD predstavljajo oviro v vsakodnevem funkcioniranju. S teoretičnim modelom Dorothee E. Orem smo ugotovili, da zaradi PPD ni sposobna samostojno izvajati samooskrbe. Ker so bile potrebe pacientke po samooskrbi večje, kot so njene sposobnosti in zmožnosti samooskrbe, je prišlo do primanjkljaja v samooskrbi. Pri obravnavi pacientke s PPD smo aktivnosti patronažne zdravstvene nege usmerili predvsem v podporo pri zadovoljevanju potreb, v pomoč, vzpodbudo k aktivnemu sodelovanju in včasih izvedli posamezne aktivnosti namesto pacientke. Uporabili smo tudi podporno vzgojno-izobraževalni sistem zdravstvene nege v obliki svetovanja, učenja, vodenja, nadzor ali pomoč ter podporo. Dokazali smo, da obravnavna pacientke s PPD zahteva sodelovanje PMS z osebnim izbranim zdravnikom, osebnim ginekologom, lečečim psihiatrom, psihologom in pediatrom.

Uporabno bi bilo, da bi PMS v praksi uporabile naslednje strokovne pristope in metode dela, ki bi ji omogočili prepoznavanje in lajšanje PPD pri pacientki v poporodnem obdobju:

- uporaba procesa zdravstvene nege;
- uporaba teorije Virginie Henderson in modela Dorothee E. Orem;
- poznavanje terapevtske komunikacije;
- uporaba EPDS vprašalnika za presejanje na PPD;
- timsko delo v zdravstvenem in multidisciplinarnem delu.

Zdravstveni strokovnjaki in drugi sodelujoči v obporodni skrbi, vključno z medicinskimi sestrami, babicami in PMS, imajo ključno vlogo pri preprečevanju, zgodnjem odkrivanju in različnih oblikah zdravljenja obporodne depresije. Pravilno in pravočasno prepoznavanje PPD ter učinkovito zdravljenje zmanjša tveganje za razvoj težjih in kroničnih oblik depresij.

Nezdravljena depresija ima lahko hude posledice tako za mater kot za otroka in družino kot celoto. Zelo pomembna je preventiva PPD. Posebno pozornost zaslužijo matere, ki so že prebolele PPD, saj je med njimi pogostejša, čeprav ni nujno, da se pri naslednjih porodih ponovno pojavi. Pomembna je tudi priprava na porod in starševstvo. V tečajih za mlade starše, ki jih obiskuje vse več staršev, se še vedno posveča manj pozornosti psihološkim spremembam v družini, ki pa so vsaj tako velike kot fiziološke spremembe. Nov družinski član zahteva čustveno zrelost in pripravljenost na spremembe. Zelo koristne so suportivne

skupine za mlade matere, v katerih se zavejo, da s svojimi težavami niso same. Druga drugi so v oporo, izmenjujejo si izkušnje, razvije se občutek solidarnosti in globlja povezanost (54).

6 ZAKLJUČEK

Nosečnost, porod in poporodno obdobje so del občutljivega in ranljivega potovanja za ženske, otroke in družine v celoti. Poporodno obdobje zahteva mnoga prilagajanja in je zato fizično in psihično stresno obdobje. Veliko žensk se v novi situaciji znajde brez težav, ni pa redko, da posameznice klonejo pod težo lastnih pričakovanj ter družbeno pričakovano srečno materinstvo se spremeni v razočaranje, jezo, žalost in depresijo.

V poporodnem obdobju je prav, da tudi v Sloveniji duševno zdravje žensk, zlasti pa PPD stopita v ospredje in sta končno deležna celostne družbene skrbi, kar lahko omogoči izboljšanje njene prepoznave, preventive, terapevtske obravnave in ustrežnejše mreže pomoči, tako zdravstvene, kot različnih oblik samopomoči in podpornih skupin.

Ker vemo, da je glavni problem nezdravljene PPD prav v slabi prepoznavi njenih znakov, v diplomski nalogi pa smo dokazali, da imajo PMS pomembno vlogo pri pravočasnem odkrivanju PPD, bi bilo po našem mnenju koristno, če bi PMS v praksi uporabile EPDS vprašalnik za presejanje na PPD. Po navodilih obveznega zavarovanja lahko PMS opravijo šest obiskov pri novorojenčku oziroma dojenčku do prvega leta starosti ter dva obiska pri otročnici. Ugotovili pa smo, da je to očitno premalo v primeru, ko ženska doživlja PPD, saj vemo, da ima PPD lahko hude posledice tako za mater, otroka in družino kot celoto.

7 SEZNAM LITERATURE

1. Kitzinger S. *Me matere*. Ljubljana: Geneš, 1994.
2. Skočir A. Možnosti preprečevanja, odkrivanja in obravnave poporodne depresije- vloga babic in medicinskih sester. *Obzor Zdr N* 2005; 39 (3): 181-193.
3. Koprivnik P, Plemenitaš A. Zakaj tudi v Sloveniji ne izvajamo presejanja na poporodno depresijo. *Zdrav Vestn.* 2009; 78 (5): 261-264.
4. Sirk D, Menik Merc A. Vloga patronažne medicinske sestre pri obravnavi družine v predporodnem in poporodnem obdobju. Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu duševnega zdravja: Duševno zdravje in nosečnost, porod in zgodnje starševstvo. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2009.
5. Šušteršič O. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega- nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. *Obzor Zdr N* 2006; 40 (4): 245-252.
6. Kum M. Trenutek ko ženska postane mati. Patronaža. *Strokovno zdravstveno vzgojna revija Vita*, 2004: 44 (3). Dostopno na: <http://www.revija-vita.com> <4.5.2011>
7. Steblovnik A. Psihosomatika v nosečnosti in med porodom. Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu duševnega zdravja: Duševno zdravje in nosečnost, porod in zgodnje starševstvo. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2009.
8. Ličina M. Duševne motnje v nosečnosti, puerperiju in laktaciji. Zbornik: Na stičiščih psihiatrije in ginekologije. Begunje: Psihiatrična bolnišnica. Begunje 22. in 23. Oktober 2000; 198-25.
9. Fabec R, Klemenčič V. Psihoterapevtski pogledi na doživljanje materinstva. Konferenca ob obeležitvi Svetovnega dneva duševnega zdravja: Ženske pred vprašanjem materinstva, Portorož: Zavod za zdravstveno varstvo Koper. 2010; 53-72.
10. Premru- Sršen T. Porod: pričakovanja in možnosti. Koper: Založba Annales, 2007: 191.
11. Kent J. *Social Perspectives on Pregnancy and Childbirth of Midwives, Nurses and the Caring Professions*. Maidenhead, Philadelphia: Open University Press, 2003.
12. Drglin Z. Rojstna mašinerija: sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem, Koper: Založba Annales, 2007: 105-156.

13. Mivšek AP, Zakšek T. Vloga babice pri obporodnih stiskah. Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu duševnega zdravja: Duševno zdravje, porod in zgodnje starševstvo. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2009.
14. Skočir A. Glavne značilnosti poporodne depresije. *Obzor Zdr N* 2005; 39 (2): 119-129.
15. World Health Organization. Mental health aspects of women`s reproductive health: a global review of the literature. Geneve: WHO Press, 2009.
16. Ličina M, Radovanovič M. Poporodne duševne motnje s poudarkom na poporodni depresivni simptomatiki. *Med razgl* 1995; 34: 62.
17. Tomori M, Ziherl S. Psihijatrija. Ljubljana: Litterapicta, 1999: 11.
18. Hrovat-Kuhar E. Poporodni izziv: Ko dvojina postane množina. Ljubljana: Mladinska knjiga, 2010: 37-67.
19. Drglin Z. Zima v srcu: Ko se materinstvu pridružita depresija in tesnoba, radost pa odide. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2009: 12-18.
20. Drglin Z. Angeli z mokrimi perutmi ne letijo. Onstran smehljaja: poporodne duševne stiske. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2005.
21. Alexander L L, La Rosa, J H, Bader H, Garfield, S. New dimensions in woman`s health (4th ed.). Sudbury, MA: Jones and Barlett Publishers. 2007
22. Scott Ricci S. Nursing management of the postpartum woman at risk. Essentials of maternity, newborn, and woman`s health nursing. 2nd ed., Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins. 2009: 661-665.
23. Koprivnik P, Plemenitaš A. Pojavnost depresij v poporodnem obdobju v slovenskem vzorcu. *Med razgl* 2005; 44: 139-145.
24. Mckenzie K. Kako razumeti depresijo. Ljubljana: Pisanica, 2005: 68-69.
25. Beck C T, Driscoll J W. Postpartum mood and anxiety disorders: A clinician`s guide. Sudbury, MA: Jones and Barlett Publishers. 2006; 53 (1): 28-35.
26. Slade P. Towards a coceptual framework for understanding post-traumatic stress symptoms following childbirth and implications for further research. *Journal Seck* 2006; 27: 99-105.
27. Žebeljan I. Postravmatska stresna motnja po porodu. Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu duševnega zdravja: Duševno zdravje in nosečnost, porod in zgodnje starševstvo. Ljubljana: Inštitut ta varovanje zdravja, 2009.
28. Olde E, Van der Hart O, Kleber R, Van Son MJM. Posttraumatic stress following childbirth: a review. *Clinical Psychology Review* 2006; 26:1-16.

29. Rice Simpsons K, Creehan P. Psychosocial Adaptation to Pregnancy and Postpartum. Perinatal nursing. 3rd ed., AWHONN: Lippincott Williams & Wilkins. 2008: 85-86.
30. Wickberg-Johansson B, Erlandsson B, Hwang CP. Primary Health Care Management of Postnatal Depression in Sweden. J Reprod Infant Psychol 1996; 14: 69-76.
31. Milčinski L. Pota in mejniki v razvoju psihiatrije. In: Milčinski L, ed. Psihiatrija. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1986: 10-32.
32. Pajntar M. Psihosomatski vidiki nosečnosti in poroda. In: Poporodne depresije. Nosečnost in vodenje poroda. Ljubljana: Cankarjeva založba, 2004: 121,249-250.
33. Sekereš N, Šnajder M. Poporodna depresija. Izzivi družinske medicine- Učno gradivo- Zbornik seminarjev študentov Medicinske fakultete Univerze v Mariboru, 4. Letnik 2007/2008: 33-38. Dostopno na: http://www.drmed.org/javne_datoteke/novice/datoteke/13407-Zbornikpdf.pdf <2.3.2011>
34. Dernovšek Z M, Gorenc M, Jeriček H, Tavčar R. Stres, tesnoba in depresija pri bolnikih z rakom. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2007: 33-36.
35. Delovna skupina za obravnavo podatkov o maternalnih smrtih. Poročilo o maternalni umrljivosti v Sloveniji v letih 2003, 2004 in 2005. Inštitut za varovanje zdravja RS; 2008.
36. Ličina M, Mlakar J, Blinc Pesek M, Jesterle J, Tavčar R. Postpartum Psychosis over Five Decades. Psychopathology. 2007; 40 (1): 65-66.
37. Zakarija-Grković I. Postpartalna depresija i dojenje. XVI. Kongres obiteljske medicine: Duševni poremećaji u skrbi obiteljskog liječnika. Split: Hrvatska udružba obiteljske medicine, 2009: 177.
38. Beck CT. Revision of the postpartum depression predictors inventory: principles and practice. Journal of obstetrics, gynaecology and neonatal nursing, 1998; 27 (1): 39-45.
39. Field T. Infants of depressed mothers. Infant behaviour and development. 1995; 18 (1): 1-13.
40. Vuga S. Proces zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Zdrav. Vars. 1998; Suppl: 327.
41. Geč T. Patronažna zdravstvena nega- včeraj, danes, jutri: Zbornik predavanj, 1. Slovenska konferenca patronažne zdravstvene nege: Maribor, 2006; 52-57.
42. Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list RS, št.19/1998, 1276-1280.

43. Fras D. Družinska medicinska sestra nekoč in danes: Zbornik predavanj, 2. Strokovno srečanje Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester: Sp. Duplek, 2008.
44. Brložnik M, Cibic D, Horvat M, Peternelj A, Šušteršič O. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega- nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. Utrip, 2007.
45. Kersnič P, Filej B. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Mednarodni kodeks za babice. 2. Izd. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov. Slovenije, 2006.
46. Pajnikihar M. Teoretične osnove zdravstvene nege. Visoka šola za zdravstvo, Maribor, 1999.
47. Železnik D. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, 2002.
48. Hoyer S. Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Visoka šola za zdravstvo, Ljubljana, 2005.
49. Hajdinjak A, Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2006: 206-221, 249-265.
50. Mirc A. Vloga in pristop medicinske sestre pri ohranjanju življenjskih aktivnosti varovanja z demenco. Diplomaska naloga. Univerza na Primorskem, Visoka šola za zdravstvo Izola, 2009: 22.
51. Fras D. Kontinuirana zdravstvena nega nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka. Patronažna zdravstvena nega nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka. 3. Strokovno srečanje ZZPS. Žalec, 2008: 59-63.
52. Gordon M. Negovalne diagnoze- priročnik. Rogina, 2003.
53. Geč T. Specifične negovalne diagnoze v patronažni zdravstveni negi- priročnik. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, 2002.
54. Blinc Pesek M. Pomen preventive, diagnostike in zdravljenja obporodnih duševnih motenj. Dojenje- smo pripravljeni na nove izzive. VI. Simpozij z mednarodno udeležbo. Zbornik prispevkov. Laško, 2009. Dostopno na: http://unicef.blob.core.windows.net/uploaded/documents/Dojenje_smo_pripravljeni_na_nove_izzive.pdf <10.7.2011>

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC

PSM – Potravmatska stresna motnja po porodu

DSM IV – Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj

EPDS – Edinbuški vprašalnik

PMS – patronažna medicinska sestra

PPD – poporodna depresija

ND – negovalna diagnoza

ITM – index telesne mase